Lavista (R.)

ESTUDIO

SOBRE

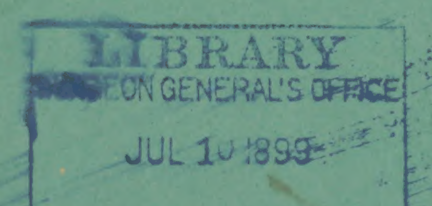
LA COXALGIA

TESIS

PRESENTADA

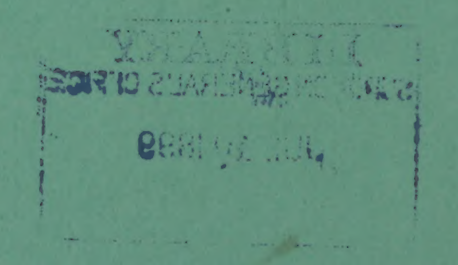
AL JURADO DE CALIFICACION

Por Rafael Lavista.



Imp. de I. Escalante.

Sr. Dr. Dn. José María Bandera



ESTUDIO

SOBRE

LA COXALGIA

PRINCIPALMENTE

BAJO EL PUNTO DE VISTA DE SU TERAPEUTICA QUIRURGICA.

TESIS PRESENTADA AL JURADO DE CALIFICACION

PARA OBTENER LA PLAZA

DE

CATEDRÁTICO DE PATOLOGIA EXTERNA

EN LA ESCUELA DE MEDICINA

DE MÉXICO,

POR RAFAEL LAVISTA.

MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE,

BAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1874

A su distinguido amigo
y Compañero el Sr Dr
Bandera: Testimonio
de cariño ——

Sarmiento

A MIS QUERIDOS AMIGOS Y COMPROFESORES.

NTES de ocuparme del asunto capital de este trabajo, séame permitido hacer algunas reflexiones generales, relativas á la naturaleza y patogenia de la enfermedad, cuyo tratamiento ha sido objeto de trabajos científicos de la mayor importancia, entre los cirujanos de todos los países del mundo.

No es mi ánimo abordar la cuestion de lleno, y mucho ménos en sus infinitos detalles: tarea es esta que reclama fuerzas, aptitud y tiempo de que carezco, por lo que voy á limitarme á fijar la atencion sobre algunos puntos prácticos de notoria utilidad, con el convencimiento de no decir nada nuevo á mis ilustrados comprofesores, y solo animado del deseo de comunicarles los datos que, en mi escasa práctica, he podido recoger como resultado del estudio de la dolorosa y grave enfermedad que me sirve de asunto para llenar las condiciones del reglamento de oposiciones.

Me estimula la benevolencia de mis queridos maestros y colegas, y me da confianza su buena amistad.

DE LA COXALGIA.

Definicion, sinonimia, formas, causas y naturaleza.

La coxalgia, coxartrocasis ó tumor blanco de la articulacion coxo-femoral, es una enfermedad inflamatoria, específica y constitucional de dicha articulacion.

Esta es una verdad que todos los cirujanos de nuestro tiempo aceptan como un principio conquistado; no existe la forma francamente inflamatoria para este padecimiento, ni aun en lo que pudiera llamarse período agudo de la enfermedad; poca ó ninguna influencia tienen en su aparicion y desarrollo las causas traumáticas sino como una verdadera excepcion, y yo no recuerdo haber visto mas que un hecho en el que pudiera aceptar esta etiología; en la actualidad el enfermo está aún en el servicio que es á mi cargo en el Hospital de San Andrés. En este caso, la coxalgia fué la consecuencia de la caida sobre los piés que el paciente hizo á una enorme altura; no siéndome posible dar la observacion correspondien-

te, porque desconozco los accidentes inmediatos al traumatismo, que no me fué dado observar, pues solo he asistido á sus consecuencias despues de año y medio del golpé. En la actualidad, despues de una tentativa de exploracion con el objeto de darme cuenta de los desórdenes sufridos en la articulacion y en el aparato muscular anexo, así como con el de corregir la desviacion exagerada del muslo (aduccion y flexion forzada) hasta donde fuera posible; prévia cloroformisacion, pude reconocer la existencia de una falsa anquilósis fibrosa, complicada de retraccion de los músculos pelvi-femorales, profundamente modificados en su estructura. Mi buena fortuna hizo que las adherencias intra-articulares no fuesen tan sólidas y difíciles de destruir, lo que me permitió corregir de algun modo la mala situacion del miembro enfermo, trayéndole á la flexion despues de corregir la aduccion forzada.

Queda aun mucho por hacer para devolver al paciente el uso de su miembro, y tal vez se haga necesario practicarle alguna grave operacion con el fin ántes dicho; pero sea como fuere, es indudable para mí, que lo que hoy existe es el resultado de una coxalgia traumática, bien rara en su especie.

En general observamos la coxalgia en la niñez ó la adolescencia ántes de que se termine el trabajo de osificacion del esqueleto, y comunmente las causas mas fútiles sirven de pretexto para la aparicion de esta terrible enfermedad.

Así es que se nos refiere, que una ligera caida sobre la articulaion, ó la traccion más ó menos violenta del miembro, son las causas que la determinan. A ellas

la han atribuido los parientes de los diversos niños que me ha sido dado observar, notándose siempre lo que jamas falta, una profunda perturbacion de la nutricion de esta especie de enfermos, en los que á distancia se reconoce la influencia de la discrasia estrumosa ó reumatismal; más comunmente la primera. Alguna vez no se observa sino el linfatismo, con sus caractéres comunes, como una primera y elocuente manifestacion de la escrofulosis que mas tarde se mostrará.

La influencia de estas discrasias es universalmente reconocida, y no hay más que leer las obras especiales sobre la materia para persuadirse de ello. Sin embargo, aceptada la coxalgia estrumosa y reumatismal, se ha creido encontrar aún otra especie que Brodie, el primero, ha llamado histérica, y sobre la que me permitiré decir una palabra.

En mi concepto la coxalgia de Brodie, como la sacrocoxalgia y la osteitis trocanteriana, tienen tal semejanza exterior con la artritis coxo-femoral, que se comprende el error que frecuentemente se ha cometido confundiendo estos padecimientos esencialmente diversos. Desde luego recordarémos que en todos ellos se observa la desviacion y acortamiento del miembro correspondiente, y la inclinacion más ó ménos marcada de la pélvis. Todas ellas son dolorosas y siguen de ordinario una marcha crónica. Pero cada una de ellas estudiada atentamente, presenta caractéres que la distinguen de sus semejantes, permitiéndonos hacer su separacion, y en consecuencia la aplicacion del tratamiento que les conviene.

Probablemente por no haber distinguido estas afecciones entre sí, se ha retardado el conocimiento de la

verdadera coxalgia; y su curacion ha sido el motivo del desacuerdo que por tanto tiempo ha dividido la opinion de los cirujanos.

En breves palabras señalaré los signos diferenciales de estas diversas enfermedades, y esto por la importancia práctica que resulta de esta diagnosis. No haré una enumeracion detallada de todos ellos, me detendré en los que me han servido en la práctica para asentar mi juicio. Desde luego la coxalgia, rara vez se presenta repentinamente, ó mejor dicho, rara vez se observa la contraccion muscular desarrollada de un modo violento: de ordinario la desviacion y acortamiento del miembro se verifican gradualmente. Por el contrario, en la contractura muscular espasmódica, estos síntomas adquieren su mayor importancia desde su aparicion. De ordinario se puede reconocer el histerismo ó sus manifestaciones, como precursores de la contractura, en tanto que la coxalgia no reconoce más influencia que la discrasia escrofulosa ó reumatismal.

El dolor de la contractura se calma generalmente como los dolores neurálgicos, oprimiendo las masas musculares de la region enferma durante la remision, en tanto que este medio despierta el que corresponde á la coxalgia. Este dolor se provoca con seguridad en la segunda de estas enfermedades, apoyando la mano en la region plantar y empujándola como para comprimir la cavidad cotiloidea con la cabeza femoral: la misma maniobra no despierta el más ligero dolor en la contractura.

Por último, este signo es patognomónico, si se pone en la anestesia al enfermo que padece la contractu-

ra; se obtiene la relajacion muscular completa, cesando desde luego la deformacion pelvi-femoral, y haciéndose fácil la exploracion de la articulacion; en tanto que en la coxalgia se conserva la contractura y la deformacion á pesar de la anestesia. Además, se siente en este caso una crepitacion, ó algun otro fenómeno en relacion con los *desórdenes producidos por el proceso intra-articular.*

Es ménos fácil el diagnóstico con la sacro-coxalgia, pues el dolor no se puede siempre localizar en esta última enfermedad, por más que se diga que debe existir en la espina ilíaca póstero-superior. Sin embargo, yo he encontrado que por la exploracion intestinal es casi seguro que la presion sobre la sínfisis ilíaca, despierta el dolor de la sacro-coxalgia, miéntras que no provoca sufrimiento alguno en el coxálgico. Por último, en tanto que este último padecimiento hace imposible el movimiento del muslo, la sacro-coxalgia le deja absolutamente libre.

Si hemos podido señalar signos suficientes para establecer un diagnóstico diferencial entre las enfermedades anteriores, no somos tan felices que podamos decir que hemos encontrado los que establecen la diferencia entre la coxalgia y los abscesos osifluentes consecutivos á la osteitis trocanteriana, sobre todo si ella tiene su sitio en el pequeño. En este caso, solo la marcha de la enfermedad pondrá en claro el diagnóstico esencialmente dudoso de estas afecciones.

De estas consideraciones podemos deducir: 1.°, que si algunas lesiones pelvi-femorales pueden simular la coxalgia, no faltan medios con la ayuda de los cuales podemos diferenciarlos: 2.°, que la verdadera coxalgia reco-

noce por causas constantes, influencias generales discrásicas, que modificando la constitucion de los enfermos de un modo especial, preparan y provocan el desarrollo de la flegmasía coxo-femoral y sus lamentables consecuencias.

Era necesario este ligero recuerdo para abordar, aunque sea someramente, el estudio del punto verdaderamente práctico de la cuestion que me ocupa.

¿Cual debe ser el método curativo que ofrezca al cirujano una esperanza de curacion?

Al ocuparme de llenar las indicaciones que la coxalgia reclama, no debo cansar vuestra atencion haciendo la historia de los métodos sucesivamente empleados desde que la enfermedad tomó rango en la ciencia. Vosotros conoceis muy bien el giro que tomó la cuestion desde que fué iniciada: no quiero, ni debo hacer otra cosa, que detenerme en el perfeccionamiento que el ilustre Bonnet y sus sucesores han impreso á este asunto, y referiros lo que me ha sido dado observar personalmente.

Las reglas de la buena lógica y de la oratoria, me imponen la obligacion de evitar repeticiones inútiles, por una parte; por otra, yo no hago, ya lo he dicho, la descripcion de la coxalgia, señalo únicamente, y de un modo incompleto, lo que me parece necesario para la inteligencia de mi exposicion, y esto sacrificando el

método descriptivo tan necesario en las ciencias naturales.

Desde luego me encuentro con una enfermedad diatésica con manifestaciones coxo-articulares várias, segun que la enfermedad sigue una marcha aguda, subaguda, ó esencialmente crónica. Se comprende que los desórdenes locales y las perturbaciones generales que acompañan en sus diversos períodos á la enfermedad, deben ser várias y reclaman á su vez medios especiales de tratamiento.

Nadie desconoce, además, la necesidad que tenemos, como corolario obligado en la terapéutica de cualquiera enfermedad, de atender á lo que conocemos como medicacion sintomática, y de las complicaciones de la enfermedad principal.

Si quisiéramos ser completos, nos veriamos obligados á entrar en el estudio de los medios médicos generales y locales que han sido sucesivamente recomendados en el tratamiento de las diversas especies de coxalgias, y esto segun su naturaleza, sus causas, su marcha, sus complicaciones, y el período á que la enfermedad se encontrase en el momento en que se solicitara nuestra intervencion: mencionarémos estos medios, cuya importancia es inmensa; pero nos ocuparémos principalmente de los que podemos llamar quirúrgicos, en relacion con el espíritu de esta tésis.

Medios quirúrgicos empleados en la curacion de la coxalgia.

Los recursos que la cirugía nos ofrece para la curacion de la coxalgia, pueden ser clasificados segun las indicaciones que á su vez tiene que llenar el cirujano, segun el período en que se encuentre la enfermedad, y con la intencion, ó de curar radicalmente á su enfermo, ó á lo ménos de ponerle en condiciones que favorezcan los esfuerzos curativos de la naturaleza, haciendo cesar las condiciones que protegen el *procesus* patológico, y acarrean complicaciones difíciles de remediar.

He dicho que el período en que se encuentra la coxalgia, es el faro luminoso que indica al cirujano el camino que debe seguir.

Veamos la importancia del conocimiento de los diversos períodos de la enfermedad.

Comunmente la enfermedad comienza por la inflamacion del ligamento redondo intra-articular, especie de cordon vásculo-nervioso de la articulacion: lazo de union entre la cabeza femoral y el fondo de la cavidad cotiloidea. La inflamacion aumenta su volúmen y su sensibilidad; motivando el dolor agudo que los coxálgicos resienten en el fondo de la articulacion al mas ligero movimiento. En el estado fisiológico, el ligamento intra-articular sirve como de reclinatorio á la cabeza del fémur y soporta sin molestias la presion que ella le trasmite

constantemente; pero una vez aumentado su volúmen, esta compresion se hace dolorosa é insoportable.

Admitido esto, se comprende que instintivamente se contraerán los músculos circunvecinos para evitar la compresion y moderar el dolor, fijando las superficies huesosas recíprocas en nuevas relaciones y evitando así la presion.

¿En qué sentido se moverán el miembro inferior y la pélvis bajo la influencia de la contraccion muscular para evitar la presion? Recordando la anatomía del esqueleto de esta articulacion, es fácil prever las nuevas relaciones entre los huesos. La pélvis se inclinará del lado del miembro enfermo y el muslo será arrastrado á la abduccion. En esta nueva situacion, el cuello femoral se apoya sobre la zona externa de la ceja cotiloidea, haciéndola soportar toda la presion que en el estado fisiológico se trasmite á la cavidad cotiloidea en su fondo, y por consecuencia determina la cesacion del agudo dolor sentido en ese punto.

Esta tregua á los sufrimientos, es por desgracia de poca duracion y á la vez peligrosa para la integridad de la articulacion, pues que la ceja cotiloidea no resiste por largo tiempo la presion sin menoscabarse, al punto que se gasta y se destruye, no sin despertar de nuevo dolores agudos que imponen al enfermo la obligacion instintiva de cambiar las relaciones huesosas bajo la influencia de la contraccion de un nuevo grupo de músculos. Esto se palpa, y es fácil al cirujano apreciar el movimiento que insensiblemente levanta la pélvis y arrastra al muslo á la aduccion.

Deciamos que la nueva situacion en que se encuen-

tran los huesos favorece no solo temporalmente al pobre enfermo, sino que tambien compromete la integridad articular.

En efecto, á la vez que la ceja cotiloidea se destruye, la cápsula de la articulacion ménos resistente corre la misma suerte, abriendo paso á la cabeza del fémur, solicitado enérgicamente en esta direccion por la accion combinada del gran glúteo y de los psoas é ilíaco. Como se ve, la consecuencia necesaria de esta situacion será la luxacion del fémur hácia la fosa ilíaca.

Resumiendo: La coxalgia, en su primer período, produce dolores agudos, seguidos de contraccion muscular, y alguna vez de la luxacion de la cabeza femoral. Estos son los desórdenes que el cirujano debe tener bien presentes para satisfacer las indicaciones que de ellos se deducen.

En consecuencia, se pueden admitir dos variedades en el primer período de la enfermedad:

Primero, el que pudiéramos llamar doloroso.

Segundo, como consecuencia del anterior aparecerá el de contraccion muscular y de desviaciones consecutivas.

Se observa independientemente del dolor que hemos señalado, y cuyo mecanismo hemos expuesto, otros puntos dolorosos: en la rodilla, en el maleolo externo y al nivel de la extremidad interna del pliegue inguino-crural, que han sido el motivo de apreciaciones diversas.

¿A qué causa se pueden atribuir estos dolores, que sobrevienen en puntos tan lejanos del sitio de la enfermedad? Contestarémos esta cuestion y nos permitirémos una exposicion detallada de la teoría que nos satisface

completamente, sirviéndonos del juicioso y brillante estudio que el Dr. Hennequin ha publicado en los Archivos generales de Medicina del año de 1868, con el título de «Consideraciones sobre la extension continua y de los dolores en la coxalgia»;* y esto porque de acuerdo con su autor, creemos que uno de los mas altos deberes del cirujano, es aliviar los sufrimientos del enfermo, sobre todo, cuando son tan crueles, y determinan las desviaciones que conocemos como inherentes á esta terrible enfermedad. En suma, tenemos la firme persuasion de creer que una de las mas apremiantes indicaciones del tratamiento de la enfermedad á que aludimos, es calmar los padecimientos que ella ocasiona, y como consecuencia lógica, deducimos la necesidad de darnos cuenta de las circunstancias que los ocasionan para intentar removerlas y hacer fructuosa la terapéutica empleada.

Comienza el Dr. Hennequin, por distinguir el dolor propio de la articulacion inflamada que tiene por sitio el contorno articular, de los dolores que se observan en regiones lejanas de la articulacion enferma. Ya hemos explicado el mecanismo del dolor vecino á la articulacion; en cuanto á los dolores lejanos, es bien sabido que antes de Hennequin solo se conocian dos teorías que pretendian explicarle. La primera pretendia, que debia ser el resultado de la propagacion de la inflamacion huesosa en la continuidad de los huesos inflamados. A propósito de ella, Hennequin hace notar cuán poco racional es semejante suposicion: basta recordar los puntos dolorosos

* Esta Memoria fué coronada por la Academia de Medicina de Paris y obtuvo el premio *Barbier*.

para desecharla. ¿Cómo suponer, por ejemplo, que la inflamacion coxo-femoral se propague hasta el maleolo externo? Lo repetimos, nos parece que esta teoría no soporta el mas ligero exámen sin arruinarse por *sí misma*. En la segunda se atribuye el dolor á la inflamacion de los nervios vecinos de la articulacion y á su propagacion, á puntos lejanos por su anastomosis correspondiente. Esta teoría ha disfrutado de aceptacion, y aun antes del respetable autor de la Memoria citada, era aceptada generalmente. A Hennequin pertenece la honra de haber demostrado el poco fundamento de una teoría que pugna con las nociones mas sencillas de la fisiología del sistema nervioso, y tambien le toca la de haber dado la única explicacion satisfactoria de la verdadera causa de los dolores lejanos, y señalado la manera de combatirlos, satisfaciendo la más importante de las indicaciones, que en mi concepto debe llenarse en el tratamiento del primer período de la coxalgia. En efecto, la teoría de la irradiacion dolorosa por intermedio de los nervios inflamados, olvida que el célebre fisiologista Bell, y despues de él todos los fisiologistas contemporáneos, han demostrado que las impresiones sensitivas se trasmiten de la periferia á los centros nerviosos, y jamás en sentido contrario. Segun esta ley fisiológica universalmente reconocida, no se comprende cómo se ha podido aceptar la propagacion dolorosa de arriba hácia abajo, es decir, de los troncos nerviosos comprimidos ó inflamados hácia los ramos terminales. Se podria pretender explicar el fenómeno, atribuyéndole á la sensibilidad refleja; pero basta reflexionar que ella no seria suficiente para explicar la aparicion del dolor en puntos determi-

nados del miembro, innervados por nervios diversos, á menos de suponer que todos los nervios que se distribuyen al miembro afectado estuvieran inflamados, lo que ciertamente es bien gratuito y de ningun modo demostrado.

No; la verdad es que no habiamos reflexionado juiciosamente en esta cuestion, y que recurriamos á hipótesis insostenibles, torturando nuestra imaginacion, para no dejar sin explicar un fenómeno que llama mucho la atencion por su constancia y por los sufrimientos que ocasiona. Hennequin ha precisado la cuestion, atribuyéndolos á la tirantez de los ligamentos y á la contractura de los músculos del miembro enfermo, y esto como consecuencia forzosa de las nuevas relaciones que las superficies articulares contraen con motivo de la inflamacion desarrollada en la coyuntura; y del instinto natural, en cuya virtud se evita la presion de las superficies huesosas inflamadas para escapar al dolor que con el mas ligero movimiento se provoca en ellas. *

Si se quiere tener una idea justa de la verdad de este aserto, basta fijar la atencion en la situacion en que de ordinario encontramos á los coxálgicos y confrontar los puntos dolorosos con el grupo de músculos que fijan el miembro en la aduccion y flexion. Se verá que, exceptuando el dolor que tiene su sitio sobre el trocanter y en la periferia articular, debidos á la existencia de la inflamacion, los demás se encuentran en relacion con las inserciones de los músculos contracturados ó con los ligamentos articulares de la rodilla ó de la articulacion tibio-

* Para mas detalles véase la interesante Memoria ya citada, "Archives de Médécine," años 1868 y 69.

tarsiana, fuertemente atirantados para impedir la subluxacion á que constantemente están expuestas estas articulaciones por la predominancia de accion de cierto grupo de músculos.

Lo expuesto me parece suficiente para dar una idea de los síntomas y desórdenes á que están expuestos los coxálgicos en el primer período de la enfermedad y en consecuencia para deducir las indicaciones quirúrgicas respectivas.

¿Cuáles son estas indicaciones, y de qué modo se satisfacen?

Demostrado por lo que precede, que el dolor agudo es el resultado de la compresion del ligamento redondo entre las superficies huesosas y que á él siguen de un modo indispensable las contracturas musculares y las desviaciones pelvi-femorales, se deduce desde luego la conducta que el cirujano debe seguir.

Evitar la compresion y devolver á la articulacion sus relaciones normales, contrariando la accion muscular en el grupo correspondiente á la desviacion observada.

Antes de pasar adelante, me permitiré añadir una prueba mas en apoyo de la explicacion que tengo expuesta, con objeto de demostrar que el dolor articular no tiene otro motivo, que la presion sufrida por las superficies huesosas respectivas.

Es la siguiente: Todo el que ha observado á los coxálgicos, sabe bien que tan luego como se verifica la luxacion de la cabeza del fémur cesan los sufrimientos vivísimos de que estaban atormentados miéntras las superficies huesosas estuvieron en contacto: prueba evidente que el contacto anómalo de los huesos era la causa del dolor. Excusadme si insisto tanto sobre este punto; pero en mi concepto es de interés tan vital, que juzgo necesario fijar la atencion de los prácticos definitivamente, pues como se verá, siempre que se pueda evitar á tiempo, se encarrila la curacion sin temor de extraviarse.

Volvamos á las indicaciones que surgen del estudio que hemos emprendido.

Antes de los trabajos de Bonnet se ensayaban para calmar el dolor casi exclusivamente los medicamentos que se usan comunmente en el tratamiento de las artrítis francamente inflamatorias. Al ilustre cirujano de Lyon se debe la revolucion provocada en el método seguido ántes de él para la curacion de las enfermedades articulares. Él estableció preceptos que despues han sido comprobados por todos los cirujanos, constituyendo el timbre de su legítima gloria, la sancion universal de sus reglas, reconocidas como verdades sin contestacion alguna.

Bonnet ha dicho: La condicion, *sine qua non*, para la curacion de las enfermedades articulares, es la inmovilidad absoluta de las articulaciones inflamadas; y hablando de la coxalgia decia ya en 1835, que la direccion viciosa del miembro era el motivo de los sufrimientos agudos de los que la padecen. Agregaba esta conclusion: La manera segura de calmar los padecimientos y de impedir las deformaciones ulteriores en la coxalgia aguda-

será colocar el miembro enfermo en la extension, inmovilizarle y mantenerle en esta situacion fija. Para conseguir su objeto, imaginó su canaladura pelvi-femoral acoginada préviamente, en la que colocaba la pélvis y el miembro, sujetándolos demanera que la desviacion no pudiera verificarse.

La aplicacion práctica de estos preceptos, fué desde entónces el punto objetivo de los cirujanos, y á ellos se deben numerosos trabajos é ingeniosas invenciones.

Largo seria enumerar siquiera la serie de modificaciones que ha sufrido el mecanismo inventado por Bonnet, y las apreciaciones que cada uno ha hecho de los diversos aparatos con que se ha pretendido realizar la doble indicacion ya señalada.

Bástenos decir, que en todos ellos domina esta idea capital, hacer la extension continua para evitar la compresion intra-articular, y evitar las desviaciones relajando el aparato muscular. Para llenar esta doble ventaja se han inventado muchos aparatos, y se ha colocado al miembro enfermo en diversas actitudes.

A su vez todos los inventores, han creido satisfecha la indicacion, confesando unánimemente que la dificultad con que han tropezado al ensayar la extension contínua es el dolor. Se comprende fácilmente que no debia ser otra, desde que convengamos que la extension tiene por objeto desalojar las palancas huesosas para colocarlas en la situacion normal, y que se encuentra contrariada por la accion muscular encargada, por decirlo así, instintivamente, de impedir el dolor que el mas ligero movimiento determina.

Pues bien; luchar contra la accion muscular es bien

difícil, y sobre todo muy doloroso para el paciente, particularmente si como sucede con frecuencia, nos encontramos enfrente de músculos contracturados. He aquí el escollo, con el que la mecánica ha tropezado, á pesar de sus infinitos recursos.

Yo confieso ingenuamente que ninguno de los aparatos de que me he servido, ha llenado satisfactoriamente este indicacion y que no me han procurado mas que la ventaja de calmar el dolor, contribuyendo á mantener el miembro en la inmovilidad sin corregir la desviacion, y en consecuencia sin vencer la resistencia muscular. Es verdad que nunca he tenido la buena fortuna de asistir á los coxálgicos en el principio de la enfermedad; y bien al contrario me ha sucedido encontrármelos en el último período de su padecimiento.

Sin embargo, en los casos en que la coxalgia no habia llegado al período de supuracion, he podido detener la marcha de la enfermedad y evitar los dolores sin devolver al miembro su direccion natural, y me he conformado con la curacion que en esos casos se obtiene, es decir, con la anquílosis articular.

Me he servido del aparato de Martin, que como sabeis exige que el miembro se coloque en la semi-flexion y de los de Philipeaux y Charriére, que son partidarios de la situacion rectilínea. Alguna vez he recurrido al aparato de Bonnet y aun á los inamovibles de yeso, ó dextrinados; jamás he conseguido enderezar el miembro, ni curar sin anquílosis á mis enfermos, procurándoles sí calma en sus dolores.

En vista de estos resultados, me habia persuadido de la imposibilidad de curar á estos infelices, y me que-

daba satisfecho con los resultados obtenidos, pues que me enseñaban esta verdad: los coxálgicos son incurables en el sentido absoluto de esta palabra, no se puede pretender mas que lo conseguido hasta hoy: que se reduce á favorecer la anquílosis y evitar la supuracion intra-articular y sus funestas consecuencias.

Este modo de ver tenia los fundamentos siguientes:

1.º Para curar la coxalgia es preciso inmovilizar la articulacion enferma, por un período de tiempo muy largo;

2.º Por esta circunstancia se favorece la anquílosis en una situacion que puede acercarse á la normal, pero que está lejos de ser la que el miembro necesite para el juego regular de sus funciones;

3.º El obstáculo insuperable con que tropieza el cirujano para corregir las desviaciones del miembro, reside en el aparato muscular en contraccion, ó contracturado en el primer período de la coxalgia;

4.º Los aparatos inventados hasta el dia, no son suficientes para vencer la accion muscular, y el dolor que resienten los enfermos cuando se pretende reducir la desviacion del miembro, empleando los medios mecánicos, es insoportable, lo que obliga al cirujano á desistir de su empleo con ese objeto, y se limita á inmovilizar el miembro, para favorecer la anquílosis que pudiéramos llamar curativa.

Tal era el juicio que tenia formado del tratamiento de la coxalgia, ántes de que viniera á mis manos la interesantísima y bien razonada memoria del Dr. Hennequin que ya he citado, y en la que se encuentra analizado de un modo físico-fisiológico, claro y persuasivo,

el motivo de los reveses que los cirujanos han sufrido, por no haber estudiado al doble punto de vista fisiológico y físico la interesante cuestion que ha preocupado á su sabio autor.

La novedad del asunto y su palpitante interes, me imponen la obligacion de extractar los fundamentos del aparato del Dr. Hennequin y sus ventajas; tanto más, cuanto que su aplicacion no se limita á la curacion de la coxalgia, sino que se extiende á muchas de las lesiones quirúgicas del miembro inferior. Su reconocida utilidad le ha merecido la honra de sustituir á todos los aparatos conocidos y empleados con ese objeto, así como á su autor, la señalada distincion del premio Barbier con el que le agració la Academia de Medicina de Paris.

Persuadido el Dr. Hennequin de que el único obstáculo para la extension es el dolor, se preocupa en disminuirle haciéndose las dos cuestiones siguientes: Primera: ¿Cuál es la mejor posicion que debe darse al miembro? Segunda: ¿Con qué aparato se llenan mejor las indicaciones? Para resolver la primera, éntra en el análisis de las posturas que han dado al miembro los cirujanos que han tratado este asunto, y los analiza juiciosamente. Recuerda, que unos con Boyer y Martin, aceptan la semi-flexion, miéntras que otros se deciden por la posicion rectilínea, apoyando el miembro sobre un plano horizontal, y empleando el aparato de Scultet ó el americano.

Los que prefieren la semi-flexion no están de acuerdo en el grado que debe tener. El Doctor Hennequin hace notar que esta divergencia tiene, por orígen una preo-

cupacion hasta cierto punto justificada, pero en realidad poco científica. La idea dominante ha sido, para los partidarios de esta posicion, buscar el lugar más á propósito para aplicar los lazos encargados de hacer la extension, sin preocuparse de la resistencia con que tenian que luchar, y olvidándose de la pesantez que en situaciones dadas era un factor obligado que se añadia á la resistencia muscular. En suma, siempre que aplicados los lazos extensores se hacia soportable una situacion dada, se aceptaba como la mejor; no se pensaba sino en vencer la resistencia muscular, y se creía que la situacion ménos dolorosa realizaba este objeto.

A su vez, los que defendian la situacion rectilínea sobre un plano horizontal, pretendian haber encontrado la más conveniente para la relajacion muscular.

El autor, cuya memoria extracto, se propone estudiar de qué lado está la verdad, y analizando estas diversas teorías, llega á esta conclusion: en ninguna de las situaciones indicadas se obtiene la relajacion muscular apetecida.

Declara, que si en una situacion se relaja un cierto grupo de músculos, no es sino á expensas de la contraccion de sus antagonistas, y lo demuestra, haciendo el estudio anátomo-fisiológico de todos los grupos musculares de la region pelvi-femoral.

Para hacerse comprender, entra en detalles preciosos, que no me es permitido traducir; así es que solo extractaré lo más interesante.

Divide los músculos del muslo en tres grupos principales: anterior, posterior é interno.

En el grupo anterior, encuentra al triceps, y fija su

atencion en él de preferencia, por la poca importancia del resto muscular naturalmente débil. Hace notar que dicho músculo se inserta por su hacecillo mediano en la espina ilíaca antero-inferior, y en comun con los otros hacecillos sobre la cresta de la tibia; y busca la situacion en que debe colocarse el miembro para obtener la relajacion de este músculo. Declara que la única en que esto se consigue, es la extension de la pierna sobre el muslo, y que para acercar las inserciones del hacecillo mediano, es necesario doblar el muslo sobre la pélvis, llevarlo á la abduccion, inclinar la pélvis hácia adelante y bajarla lateralmente. Deduce de allí la posicion más favorable para la relajacion del triceps, á saber: supuesto el tronco elevado, colocar el muslo sobre un plano horizontal y en la abduccion.

Esta situacion, ventajosa para el grupo anterior, es inconveniente para el grupo posterior, porque obliga á los músculos flexores á entrar en contraccion. Pues bien, estos músculos se relajarán á su vez, si á la situacion ántes dicha se añade la flexion de la pierna sobre el muslo, pues ella favorece la aproximacion de sus inserciones, de la tuberosidad isquiática, con las de los huesos de la pierna.

En cuanto al grupo interno, compuesto por los aductores, cuyas inserciones se encuentran en el espacio comprendido entre la espina pubiana y la tuberosidad isquiática y hácia abajo en la línea áspera del fémur, y cuyo objeto es acercar el muslo al eje del tronco, no se relajan sino en la aduccion. Sin embargo, la situacion de la pélvis, en la direccion vertical del tronco, acerca sus inserciones y favorece su relajacion, sobre todo si

se coloca el muslo en la rotacion hácia afuera, pues de este modo la línea áspera del fémur se encuentra llevada hácia adentro, y esto sin que este movimiento tenga influencia alguna sobre los otros dos grupos de músculos.

De este estudio concluye, que la única situacion que favorece la relajacion del muslo, es la que le coloca en un plano horizontal, en abduccion moderada, rotacion hácia afuera, con flexion de la pierna en ángulo recto con el muslo, y elevacion del tronco; es decir, la posicion en escuadra. El autor se detiene largamente en apoyar sus razones y en contestar las objeciones que supone se le harán por la situacion en que coloca la pierna. Me es sensible no seguirle en su estudio; pero no me es ya permitido, limitándome á recomendar á mis lectores la interesante memoria de que me ocupo.

Analizada la accion de los músculos del muslo, pasa el autor al estudio de la influencia de los músculos pelvianos. Divide á estos en dos grupos, desdeñando ocuparse de los que á su juicio son débiles y no merecen fijar su atencion.

Acepta dos grupos musculares importantes:

El primero, compuesto por los tres glúteos; el segundo, por los psoas é ilíacos.

Señala al gran glúteo como al mas importante de la del primer grupo, y recuerda que él es el extensor y rotador del muslo hácia fuera.

El medio es flexor del muslo y rotador hácia dentro ó hácia fuera, segun que obra por sus fibras anteriores ó posteriores, y no olvida que es abductor.

El pequeño es abductor, flexor y rotador del muslo hácia adentro.

Como se ve, estos músculos son antagonistas, y por consecuencia no es posible encontrarles una situacion en la que se encuentren relajados á la vez. Sin embargo, se fija con razon en su diferencia de energía, y recuerda que, á no dudarlo, el más importante de ellos es el gran glúteo. Deduce de allí la necesidad de buscar la situacion que favorezca la aproximacion de las inserciones de este músculo, y encuentra como conveniente la que colocaria al muslo en reposo sobre un plano horizontal, en abduccion moderada y rotacion externa, sin la mas leve flexion, con ligera inclinacion lateral del hueso ilíaco en el sentido del miembro enfermo. A esta situacion se acomodarian la porcion de los glúteos mediano y pequeño por aquellas de sus fibras encargadas de la rotacion y abduccion del miembro.

En esta posicion se comprende, se contraría y se conjura uno de los accidentes que son mas de temer en el primer período de la enfermedad, pues que, como hemos dicho, la luxacion de la cabeza del fémur se hace hácia la fosa ilíaca, bajo la influencia de estos músculos.

El segundo grupo de músculos está compuesto por el psoas é ilíaco. Ellos se insertan en la columna lumbar por una parte, y por otra en el pequeño trocánter, siendo flexores del muslo sobre la pélvis, y rotadores del miembro hácia fuera, de modo que supuesta fija su insercion inferior, inclina la pélvis hacia adelante.

La rotacion hácia fuera del muslo, relajará este grupo, y en consecuencia favorecerá la accion del grupo externo de los músculos pelvianos. De lo que precede, se deduce, que en la coxalgia, la mejor posicion para el miembro será la que le haga descansar sobre un plano

horizontal, en abduccion moderada, rotacion hácia fuera con flexion de la pierna sobre el muslo.

Lo que antecede, explica satisfactoriamente, los insucesos de las posiciones empleadas con el objeto de corregir las desviaciones del miembro en la coxalgia, pues que tienen por base la relajacion muscular en la semiflexion ó la situacion rectilínea, y queda demostrado, que en ninguna de las dos se obtiene el resultado deseado. Pero hay más todavía: no siendo suficientes para contrariar la accion muscular, agregan un elemento más, que contribuye poderosamente para nulificar los esfuerzos de la extension; me refiero á la pesantez que necesita fuerzas considerables para nulificarse, ó bien, lo que sucede en la situacion rectilínea, que se obliga al enfermo á conservarse en la inmovilidad por un período muy largo de tiempo, ocasionándole una fatiga imposible de soportar.

Pasemos á la segunda cuestion. ¿Cuál es el aparato que llena mejor las indicaciones?

Contestando á esta pregunta, el Dr. Hennequin, en un estudio detallado de las fases por las que ha atravesado la cirugía en este punto, explica por qué no se han obtenido verdaderas ventajas de las aplicaciones mecánicas, sino hasta que se emplearon los medios elásticos para ejercer la extension. Expone las reglas á que debe sujetarse el cirujano, si quiere hacerla fructuosa, y dice,que para ser contínua, debe tener por base la elasticidad. Exige que esta sea permanente y no efímera; y como encuentra que los tejidos de que nos servimos no la poseen, los desecha, sustituyéndolos con los metales que sí la tienen y á los que encuentra la ventaja de que

su potencia es ponderable, lo que permite graduar y proporcionar la fuerza empleada.

Despues hace notar, que el mas grave inconveniente de la traccion verificada para hacer la extension, estriba en el dolor que ocasiona en la superficie en que se aplica, recuerda que este es tanto más intenso cuanto mayor es la presion ejercida y más limitada la superficie en que se ejerce. Encuentra que traccion y presion son sinónimos, fundándose en el principio físico, que dice que las fuerzas que se equilibran, son iguales, deduciendo de ahí, que presion, traccion y dolor son equivalentes.

Planteado el problema, busca el medio de disminuir la presion, lo consigue procurando repartirla en una ancha superficie, y sirviéndose de muchas regiones para ejecutarla simultáneamente, ó haciendo que sea intermitente por su aplicacion ya en una region ó ya en otra.

Insiste en la necesidad de dar al miembro la mejor situacion, pues cree que ella tiene una gran influencia sobre la fuerza de traccion necesaria para vencer la resistencia muscular.

Analiza el valor de los puntos en que se aplica la extension, recordando que se ha aplicado: en el pié, en la pantorrilla, en los cóndilos del fémur y directamente apoyando sobre la superficie cutánea. Con relacion á esta, explica, cómo no es posible servirse de ella, porque por su intermedio no se trasmite á las palancas huesosas la fuerza de traccion sin maltratarla, con gran pérdida de la fuerza empleada, y esto sin contar la falta de fijeza para los lazos extensores que se deslizan con la mayor facilidad.

Dice del pié, que su forma es la más á proposíto para

fijar los lazos extensores; pero llama fuertemente la atencion sobre su sensibilidad, al punto que confiesa haberse visto obligado á renunciar á servirse de él, á pesar de haber empleado todos los medios conocidos para hacer cómoda la aplicacion de la fuerza.

Dá por último la preferencia á la pantorrilla y á los cóndilos femorales, para aplicar la extension, apoyándola en las desigualdades que presentan, lo que impide el deslizamiento de los lazos extensores, y permite la traccion directa: elimina los vendoletes emplásticos, como medios de fijar los lazos extensores, por los accidentes que ocasionan, sustituyéndoles con brazaletes apropiados, y con una canaladura especial para la pantorrilla, que le permite cambiar la traccion y hacerla alternativa, segun las necesidades, con la esperanza de hacerla tolerable.

Encontrados los puntos que le servirán para la extension, procede á estudiar los que serian más convenientes para la contra-extension, eligiendo los siguientes:

1.º El brazo horizontal del púbis; 2.º, la tuberosidad isquiática; y 3.º, las fosas iliacas externas.

Examina el valor relativo de cada uno de ellos, y dice respecto del primero que, á pesar de estar admirablemente dispuesto para equilibrar la extension, es, sin embargo, muy poco útil por estar envuelto por una piel esencialmente delicada y expuesta á escoriaciones. No le desecha absolutamente, pero tampoco le cree el más importante. Con relacion á la tuberosidad isquiática, declara que en su concepto es la llave de la contra-extension. La encuentra resistente, fija y poco sensible, por estar acostumbrada á soportar presiones constantes y

considerables; le parece que acojinada por tejido célulo-adiposo espeso está suficientemente protegida para soportar presiones sin ocasionar graves sufrimientos, le dá, en suma, la preferencia. Por último; en su defecto se sirve de las fosas ilíacas externas, á las que encuentra poco sensibles y acostumbradas á soportar la presion del cuerpo, reconociendo que es necesario servirse de pelotas *ad hoc* para adaptarse á sus formas caprichosas, segun las condiciones individuales. Desecha los puntos de contra-extension que pudieran encontrarse en el tronco, ó los miembros superiores, por sus graves inconvenientes, sobre todo, por su falta de fijeza, y escoge, en el órden de su importancia, los puntos siguientes:

1.° Tuberosidad isquiática; 2.°, fosas ilíacas externas; 3.°, brazo horizontal del púbis.

Con estos elementos construye un ingenioso aparato (que no describo por falta de tiempo, esperando que se me disculpe esta omision), que realiza las condiciones apetecidas, pues que permite mantener el miembro en la posicion en escuadra cuando esto es posible, y en su defecto en la situacion rectilínea, y aun en la semiflexion cuando no se ha podido elegir otra mejor. Tiene la inmensa ventaja de no ocasionar dolores como todos los de su especie, gracias á la buena eleccion de los puntos de extension y contra-extension; además, se hace soportable, porque con él el enfermo no se encuentra obligado á la inmovilidad que todos los otros exigen; y por último, deja el miembro descubierto, sin perturbar su nutricion, como sucede con los aparatos inamovibles, y sirve para combatir muchas lesiones quirúrgicas del miembro inferior.

Reconocidas las ventajas del aparato del Dr. Hennequin, ocurre preguntar: ¿con él se cura la coxalgia en su primer período? El autor contesta resueltamente que no; pues que no desconoce que la coxalgia es una enfermedad constitucional que necesita el tratamiento especial de la discracia que la determina, no teniendo mas ventajas que las ya señaladas, que por cierto no son poco importantes. Las resumirémos para hacerlas resaltar de un modo evidente:

1.° Con el aparato se logra la extension del miembro cualquiera que sea su situacion.

2.° Se hace la contra-extension sobre la pélvis, sirviéndose de la region pelviana en relacion con el miembro enfermo, ó de la del lado opuesto, sin que este cambio debilite su efecto.

3.° Se aplica con ventaja en las fracturas del muslo y en la coxalgia, cualquiera que sea el período en que se encuentra.

4.° Es bien soportado por los enfermos.

5.° No reclama la inmovilidad del paciente.

6.° Puede favorecer la curacion de la coxalgia sin anquílosis.

7.° Bajo su influencia se ven desparecer los dolores que existen en puntos lejanos de la articulacion, venciendo la resistencia muscular.

8.° Deja libre al miembro, y en consecuencia no perturba las funciones nutritivas, y permite las curaciones que son necesarias cuando existen focos purulentos y fístulas consecutivas.

Como se ve, son infinitas las ventajas que proporciona el aparato inventado por el Dr. Hennequin, y justa

la estima que los cirujanos le conceden en vista de sus buenos resultados prácticos; sintiendo por lo mismo la descripcion imperfecta que de él hago, sin más objeto que el de vulgarizar un método, que en mi concepto, importa una mejora positiva y útil para la humanidad.

En conclusion podemos decir:

1.º Que la indicacion quirúrgica de la coxalgia, en su primer período, queda satisfecha empleando un aparato que inmovilice el miembro y corrija las desviaciones determinadas por la enfermedad.

2.º La curacion se facilita de este modo, evitando desórdenes graves que no son del resorte de la Medicina, quedando á cargo de ésta la curacion de la discracia constitucional.

Indicaciones quirúrgicas del segundo período de la coxalgia.

Estudiando la coxalgia en su primer período, he supuesto que comenzaba por la inflamacion del ligamento redondo, y he explicado las desviaciones pelvi-femorales consecutivas. He fijado la atencion en el estudio de la fisiología patológica del aparato muscular, con la esperanza de darme cuenta de los desórdenes funcionales verificados en ese período de la enfermedad, y

he procurado, sobre todo, establecer reglas prácticas que nos permitan detener los progresos que la coxalgia hace cuando se abandona á los recursos de la naturaleza ó se trata de un modo inconveniente.

Al ocuparme de las indicaciones del segundo período, no puedo dejar de recordar la marcha que la enfermedad sigue, y sobre todo las lesiones anátomo-patológicas que le corresponden, pues ellas nos darán la clave del tratamiento que mejor deba aplicarse.

Esta marcha nos enseña que la inflamacion primitivamente circunscrita, se extiende rápidamente á la serosa articular, á su cápsula, al periosto circunvecino, á los huesos y cartílagos intra-articulares y por último, al tejido celular ambiente.

Veamos cuáles son los desórdenes que ocasiona en cada uno de estos diversos tejidos; cuáles sus consecuencias, y deduzcamos las reglas que debemos observar para evitarlas.

La inflamacion de la serosa articular modifica su textura de diversos modos. Unas veces á la vascularizacion patológica se añade su engruesamiento y el derrame muco-albuminoso consecutivo; otras, el *procesus* inflamatorio se hace con tanta actividad, que se verifican dentro de ella neoformaciones fongosas, y en otras circunstancias, se reblandece y se ulcera.

En el primer caso, si el trabajo inflamatorio no es muy activo, se puede reabsorber la exudacion, y la serosa vuelve á su estado normal (esto es raro); mas comunmente el líquido derramado se organiza y contrae adherencias intra-serosas, estrechando la cavidad natural y favoreciendo la anquílosis curativa. Esta terminacion

puede considerarse como favorable, pues que no es imposible devolver al miembro sus funciones, una vez que se termina el *procesus* inflamatorio. Pero en otras circunstancias, el líquido derramado comprime el interior de la serosa, la reblandece y la ulcera, no sin que préviamente se observe la propagacion inflamatoria al contorno articular, dando lugar á la formacion de abscesos y fístulas consecutivas. Este *procesus* no se limita ahí, sino que se comunica á los cartílagos de encostramiento al cojin adiposo del fondo de la cavidad cotiloidea, y á los huesos que constituyen la articulacion. La cápsula articular, el fibro cartílago que en el estado fisiológico completa la ceja cotiloidea es á su vez alterado, resultando de ahí la facilidad de las luxaciones que complican tan frecuentemente el *procesus* de que nos ocupamos.

Cuando la inflamacion invade el tejido cartiliginoso, comunmente lo reblandece y lo destruye, haciéndole desaparecer, ya por supuracion como sucede cuando el trabajo inflamatorio es agudo, ya por reabsorcion, cuando sigue una marcha subaguda, ó esencialmente crónica.

Esta destruccion cartilaginosa se observa de preferencia en los puntos en que los huesos soportan la compresion que resulta de las nuevas relaciones contraidas por ellos, en virtud de la contraccion muscular de que nos hemos ocupado.

En este período de la enfermedad es fácil darse cuenta de la lesion verificada, pues que, imprimiendo movimientos á la articulacion, se puede sentir la crepitacion que resulta de la desnudez de las superficies.

A su vez los huesos son invadidos por el trabajo inflamatorio que encuentra, por decirlo así, elementos fa-

vorables para su desarrollo en su estructura anatómica. Compuestos casi esencialmente de tejido esponjoso, fácilmente inflamable, el *processus* no encuentra más resistencia que la que le opone débilmente la ligera capa compacta que los recubre, principalmente para la cabeza femoral. Pronto la osteitis intra-articular se hace cariótica, y determina el reblandecimiento de los huesos y la formacion de colecciones purulentas, que por más ó ménos tiempo se quedan dentro de la cápsula, miéntras resiste, ó bien se propagan hácia la bolsa muco-serosa sub-muscular, que se encuentra abajo del músculo psoas, la que, como sabemos, comunica frecuentemente con la articulacion.

Una vez que el trabajo ulceroso se apodera de la cápsula, el pus se infiltra, siguiendo los intersticios músculos-aponeuróticos, ó la vaina de los vasos femorales para venir á formar colecciones en el triángulo de Scarpa unas veces, otras en la parte superior y externa de la region crural, muchas veces en el pliegue de la parte posterior de la nalga, y muy frecuentemente en varios puntos simultáneos. Una vez que la enfermedad ha llegado á este estado, es decir, á su apogeo; cuando la aparicion de los abscesos osifluentes es un hecho; cuando. los desórdenes anatómicos son tan graves, se observa el desarollo de la fiebre remitente casi continua, con exacerbaciones nocturnas, sudores cualicuativos, algunas veces diarrea, comunmente anorexia, sed, aniquilamiento general, insomnio y dolores agudos exagerados por el mas leve movimiento. En este período, las desviaciones pelvi-femorales alcanzan su mas alto grado, en tal ó cual sentido, segun que se verifica ó no la luxacion de la

articulacion, pero más comunmente dominan la aduccion y flexion forzadas del muslo, las desviaciones lumbares con su *cambrure*, ó combadura del tronco, obligando al desgraciado enfermo á descansar el cuerpo sobre el lado sano, y á mantenerlo en una inmovilidad absoluta.

He aquí trazadas á grandes rasgos la marcha y las lesiones anátomo-patológicas que nos ofrece la coxalgia, cuando se abandona á los esfuerzos de la naturaleza, ó se trata sin método, ni reglas verdaderamente científicas.

¿Podemos del cuadro señalado deducir las indicaciones quirúrgicas correspondientes? Vamos á procurarlo.

Refiriéndonos al caso mas favorable en el que la exudacion intra-articular se organiza y protege la anquílosis, debemos desde luego procurar impedirla; y casi podemos decir que es de nuestro resorte contrariar este resultado. Basta para satisfacer esta indicacion, proceder á enderezar el miembro y colocarle en el aparato á que he dado la preferencia, y así evitarémos la reproduccion de la situacion viciosa, calmando á la vez los dolores, y conservarémos la movilidad articular, suficiente para impedir la anquílosis deformante. Se entiende que esta práctica se aplica á los casos felices, en los que tengamos la fortuna de asistir á la aparicion del derrame.

Si, como puede suceder, no tenemos la oportunidad de atacar el mal oportunamente, y encontramos que las adherencias se han organizado suficientemente para dificultar la reduccion del miembro desviado, la indicacion apremiante es clara: se debe intentar la ruptura de

las adherencias, procediendo con la prudencia necesaria para no exponerse á fracturar los huesos y agravar la situacion del paciente.

Dos métodos principales se han seguido en este caso para llenar la indicacion. Uno de ellos propone romperlas gradualmente, sirviéndose de máquinas de más ó ménos fuerza, con la que se hace la correccion del miembro desviado en un período de tiempo muy largo. El otro aconseja hacer la reduccion violenta, sirviéndose de las manos para ejecutar la maniobra. Yo, por mi parte, soy partidario del segundo, y es el que he empleado con ventaja en un caso de anquílosis fibrosa consecutiva á una coxalgia, bastante antigua. Le doy la preferencia, porque pienso con Verneuil, que las afecciones articulares en general, y la coxalgia en particular, son de larga duracion, aniquilan á los enfermos, perturbando profundamente su nutricion, y comprometiendo por esta circunstancia su vida. En consecuencia, creo, con el distinguido cirujano á que aludo, que se debe abreviar el tratamiento para hacerlo verdaderamente benéfico, siempre que los medios empleados estén sancionados por la ciencia y la experiencia.

Pues bien: es sabido que casi impunemente se puede enderezar el miembro á los coxálgicos, aun en el período agudo de la enfermedad, sin exagerar el trabajo inflamatorio intra-articular, siempre que las maniobras sean convenientemente practicadas. Con cuánta mas razon está uno autorizado para seguir este precepto cuando la inflamacion se ha extinguido y solo quedan sus consecuencias. Por otra parte: si la maniobra ha sido bien ejecutada, una vez rotas las bridas fibrosas, ce-

san los padecimientos que el paciente tendrá que soportar si se le somete á un alargamiento lento y forzado, como el que las máquinas determinan. De ordinario á la ruptura de las bridas sigue un derrame de sangre de poca importancia, que se reabsorbe con rapidez y sin dejar consecuencias.

Alguna vez se desenvuelve una artritis sub-aguda, que fácilmente se domina. Mas raramente reviste un aîre alarmante y reclama una séria atencion.

En el caso de que hice mencion al comenzar este estudio, seguí la conducta siguiente: Puesto el enfermo en la anestesia, hice fijar la pélvis por un ayudante, para lo que le hice apoyar sus manos sobre las espinas ilíacas antero-superiores y las fosas ilíacas externas de modo que con ellos abrazara, por decirlo así, cada uno de los huesos ilíacos, recomendándole que fijara contra la cama de operacion la region sacra, é hiciera la contra-extension necesaria para sostener el esfuerzo que yo iba á ejecutar.

Inmediatamente despues tomé el muslo con mis dos manos y procuré hacerle ejecutar movimientos sucesivos de flexion sobre la pélvis, de extension y de abduccion: con algun esfuerzo conseguí exagerar la flexion, y cuando la hube llevado casi hasta poner en contacto el muslo con la pared abdominal, sentí manifiestamente la crepitacion que la ruptura de las bridas ocasionaba. Esta misma sensacion, pero mucho mas intensa y ruidosa, se escuchó cuando llevé el miembro á la abduccion forzada.

Rotas las adherencias, pude comunicar al miembro movimientos bastante extensos casi en todas direcciones,

sin percibir fenómeno alguno que me indicara la existencia de alguna complicacion huesosa; le traje y coloqué en la situacion conveniente, sirviéndome de la canaladura de Bonnet, fijándole de un modo seguro, para impedir la desviacion á que pudiera estar expuesto por la contraccion muscular, que debia existir como consecuencia de la enfermedad y de la costumbre. En este estado esperé que la anestesia se disipara, y cuando lo hube conseguido, me persuadí que mi enfermo soportaria la nueva posicion en que le habia colocado, pues solo acusaba dolores á la altura de las inserciones de los músculos contracturados.

La marcha ulterior y el resultado final vino á darme la confirmacion plena de mi suposicion, pues poco á poco los dolores fueron mas soportables hasta desaparecer de un modo absoluto, y cuando esto se obtuvo comencé á practicar prudentemente algunos movimientos que tuvieron por objeto impedir la nueva anquilosis que podia formarse en la nueva situacion.

Un mes despues de la operacion habia desaparecido todo temor de accidentes, y ya le era permitido al paciente mantenerse sentado por algun tiempo sin incomodidad ni sufrimiento.

No siempre se obtienen estas tentativas con la misma felicidad, pues cuando las adherencias son muy antiguas, múltiples y resistentes, ó cuando han sido invadidas por el trabajo de osificacion, entónces las maniobras indicadas no surten, y si se quiere corregir la desviacion, se hace necesario emprender la creacion de una falsa articulacion por alguno de los métodos que la cirugía preconiza.

Yo por mi parte, nunca he tenido ocasion de ponerlos en práctica, por lo que no me aventuro á juzgarlos *à priori*.

Cuando el *processus* patológico es destructivo, cuando en lugar de detenerse en su marcha, se propaga á los otros elementos articulares, reblandeciendo y ulcerando á su vez cada uno de ellos, entónces la conducta del cirujano es verdaderamente delicada é incierta. Porque miéntras que la supuracion no se reune en coleccion, miéntras no se forman abscesos bien definidos, no le es dable decidirse por un partido resuelto. Desde luego en muchas ocasiones podrá suponer la existencia de la supuracion intra-articular, que se acusa por la existencia del dolor agudo en el contorno de la coyuntura, por la hinchazon edematosa que en ella se observa, y por la exploracion directa de la articulacion una vez cloroformizado el enfermo, permitiendo esta maniobra reconocer la lesion de los huesos y de los cartílagos. Pero ¿podrá darse cuenta de la extension y sitio preciso de los desórdenes ocasionados? ¿Cómo diagnosticará la existencia de las fungosidades intra-articulares? En verdad que como antes he dicho, no tiene medios seguros para ello, y en consecuencia tampoco puede establecer reglas fijas que normen su conducta.

Muchas veces la lesion estará limitada á un punto dado de los cartílagos articulares y habrá respetado los huesos. Si hay fungosidades, no tendrán tendencia á la desagregacion y serán reabsorbibles; y por último, si existe una coleccion purulenta, será limitada y sufrirá la trasformacion caseosa despues de la absorcion de la parte acuosa del líquido purulento. Por el contra-

rio, la lesion puede haber invadido el tejido huesoso, siéndolo en una enorme extension prévia la destruccion de los cartílagos, sin que la sinovial se haya ulcerado, ó bien sin que la cápsula haya permitido la infiltracion del pus para que éste se haga accesible. ¿Cómo aventurarse en ese terreno á buscar salida á la supuracion, por más que tengamos sospechas vivísimas de su existencia, y esto cuando estamos persuadidos de la inmensa ventaja de este recurso, aunque no fuese más que con el objeto de evitar la ruina completa de la articulacion y detener la marcha terrible de la enfermedad? Yo, señores, confieso que nunca me he encontrado en la difícil situacion que acabo de imaginarme, y declaro que no sabria por qué decidirme si se me presentara. Tal vez me aventuraria á buscar la verdad sirviéndome de la exploracion quirúrgica que tan brillantes resultados nos dá en situaciones semejantes, de la aspiracion neumática que por fortuna nos es familiar; conviniendo en que ella no tendria más objeto que descubrir la existencia de la supuracion, y permitiéndonos deducir de la cantidad extraida, la extension y la importancia de la lesion, pero sin la certidumbre necesaria para optar por el recurso que, en mi concepto, seria la tabla de salvacion de estos enfermos cuando su padecimiento ha devorado gran parte de las superficies articulares. En estos casos me parece que el estado general del paciente puede decidir al cirujano á intentar una operacion que le dé alguna esperanza de curacion para su enfermo.

Ordinariamente esta incertidumbre desaparece pronto, pues las colecciones purulentas superficiales no se

hacen esperar mucho y con ellas las fístulas consecutivas; entónces ya no hay lugar á la duda, y la exploracion durante la anestesia nos enseña que desgraciadamente la articulacion está perdida, y con ella la vida del enfermo en grave peligro.

En este estado me he encontrado algunos enfermos; despues diré cómo me he resuelto á tratarlos.

He dicho que cuando los desórdenes osteo-articulares se terminan por la supuracion, el pus se infiltra siguiendo diversos caminos, y viene á coleccionarse en la region crural, en la glútea, ó bien alguna vez en la region abdominal inferior, encima del ligamento de Poupart. Pues bien, esto supuesto, ¿qué conducta debemos observar con esas colecciones purulentas una vez formadas? Comprenderéis desde luego la vacilacion de los cirujanos, por los accidentes que casi necesariamente siguen á la abertura de las colecciones purulentas que derivan de focos profundamente situados, en que no es posible obrar directamente, y en los que el pus se almacena y se descompone con el contacto del aire. Conoceis las consecuencias de este agente sobre las colecciones purulentas á que me refiero, y en consecuencia convendréis conmigo en la necesidad de meditar los medios que nos permitan obviar, hasta donde sea posible, los peligros inherentes á su introduccion á focos que por su naturaleza y constitucion anatómica pudiéramos llamar necesarios.

El pus forma pus, decia Boyer. Parece que conformándonos con el precepto de este ilustre cirujano, debiamos proceder á evacuar la supuracion en donde quiera que ella se forme; sin embargo, ¡cuántas veces nos encontramos obligados á no obsequiar esta sábia máxima!

Así, por ejemplo, si se trata de abscesos migradores, cuyo punto de partida está léjos del lugar en que se manifiestan, y si, como sucede con los abscesos por congestion, son producidos por lesiones esencialmente incurables, retardamos tanto cuanto nos es posible la salida de la supuracion, aunque no sea mas que para detener ó evitar los accidentes que seguirán á la introduccion del aire.

Pues bien: algo parecido ocurre con los abscesos consecutivos á la supuracion articular en los coxálgicos; de aquí la divergencia de opiniones entre los cirujanos.

Para unos se debe encargar á la naturaleza la evacuacion del pus, miéntras que otros se deciden por la intervencion del arte y la evacuacion artificial de la supuracion.

En mi concepto no se puede vacilar, se debe evacuar la supuracion tan luego como se haga accesible al cirujano; porque, como se verá despues, soy partidario de una terapéutica activa en relacion con las lesiones que se observan en los coxálgicos en este período de la enfermedad.

Por otra parte, la ciencia nos ofrece medios con los que podemos evitar las funestas consecuencias de la introduccion del aire al foco, á lo ménos si no lo podemos, si nos es dado quitar á este agente sus cualidades nocivas, con lo que evitarémos sus malos efectos.

Se entiende que me refiero á la aplicacion del método de Dieulafoy y al de A. Guerin, cuyos buenos resultados nos son perfectamente conocidos. En suma, creo que la indicacion es terminante: vaciar los abscesos inmediatamente, despues que se ha reconocido su

existencia. Se deduce de lo anterior, el procedimiento á que doy la preferencia. Excuso motivar mi prediléccion para no perderme en digresiones que alargarian este cansado escrito.

Réstame llamar la atencion sobre un solo punto: la evacuacion del pus no tiene por objeto directo la curacion de la coxalgia, sino el de calmar los sufrimientos y aligerar al paciente. Se debe, en consecuencia, practicar de modo que el enfermo resienta su beneficio, sin tener que lamentar las complicaciones que origina cuando se recurre á los métodos ordinariamente seguidos.

Una vez determinada la regla que debe seguirse para el tratamiento de los abscesos, pasemos á fijar la que nos guiará en el de las fístulas consecutivas; ya sean debidas á los esfuerzos naturales ó ya á la abertura de las colecciones por los medios indicados.

Sucede frecuentemente que somos llamados para dirigir la curacion de los coxálgicos, cuando hace más ó ménos tiempo que los abscesos osifluentes se han abierto, es decir, cuando se han establecido fístulas consecutivas.

En este estado, los desgraciados enfermos, minados por la supuracion y por la fiebre, profundamente abatidos por los sufrimientos, nos reclaman con instancia alivio á sus dolores y mejora de su situacion; y esto precisamente cuando el avance de la enfermedad nos ata las manos y nos estrecha el campo de los recursos terapéuticos.

¿Qué hacerles? ¿Qué medios emplear para corresponder á su justa exigencia? O mejor dicho ¿cómo llenar las indicaciones; y cuáles son estas?

Dos caminos hay entre los que el cirujano tiene que elegir: limitar su intervencion para favorecer los esfuerzos de la naturaleza, combatiendo las complicaciones que pudieran surgir, ó intervenir activamente haciendo la extirpacion de los huesos cariados, y limpiando, por decirlo así, las superficies enfermas de los productos neoplásicos, allí desarrollados por el *processus* patológico.

Hasta el principio del siglo actual, se seguia en general la expectacion con la esperanza de que la naturaleza se sobrepusiera á los desórdenes ocasionados por la enfermedad. Se contaba con que una vez terminado el período agudo, se verificaria la eliminacion de los tejidos cariados ó necrosados, y se agotaria la supuracion. Todo se reducia á favorecer el trabajo de eliminacion de los huesos enfermos, agotar el pus, y proteger su fácil salida, evitando su estancacion y la descomposicion consecutiva. Para obtener esto, se empleaban diversos medios, generales y locales.

Entre los generales, figuraban los que la higiene recomienda con especialidad para estos casos: el buen aire, cargado de oxígeno; la temperatura adecuada, la habitacion al nivel del mar, los baños medicamentosos, la buena alimentacion, el abrigo, y todos aquellos que tenian por objeto robustecer la economía de los enfermos, para ponerlos en aptitud de soportar las pérdidas ocasionadas por una supuracion prolongada y por una enfermedad esencialmente crónica. Con el mismo objeto se empleaban los recursos médicos que conocemos como reparadores y fortificantes, auxiliándolos con los específicos, es decir, con los que tenian reputacion de cu-

rar las discrasias, á cuya influencia directa era debida la coxalgia.

Los medios locales se empleaban con el objeto de destruir el trabajo inflamatorio, que se suponia persistir miéntras que la supuracion era abundante, y con el de favorecer el escurrimiento de ésta. Se usaban los vejigatorios, las moxas, y mas frecuentemente se recurria al cauterio actual; todo con la esperanza de desalojar la inflamacion á expensas de revulsiones, más ó ménos enérgicas y sostenidas por largo tiempo. Para favorecer el escurrimiento del pus, se usaban mechas de hilas empapadas en sustancias detersivas que se aplicaban despues de lavar los trayectos fistulosos. Algunas veces se establecian sedales permanentes con el mismo objeto. Se empleaban á la vez medicamentos farmacéuticos en forma de pomadas, variadas por su composicion y efectos.

Con este sistema de curacion, se obtenian muy buenos resultados en muchos de los casos de coxalgia supuesta, como cuando se trataba de lesiones extra-articulares supurativas; de aquí la reputacion, la boga de que disfrutó el método que acabo de bosquejar.

Esta boga se ha propagado casi hasta nuestros dias; pues que, como sabemos, en principio de este siglo algunos cirujanos, penetrados de la naturaleza, marcha, y lesiones anátomo-patológicas de la enfermedad, se desviaron de la práctica que pudiéramos llamar oficial, y recurrieron á otro órden de medios. Sin embargo, sea porque no se tenian ideas fijas para el tratamiento de las afecciones articulares, ó bien porque no es fácil generalizar ciertas verdades, el hecho es, que ántes de los

trabajos de Bonnet se seguia, casi unánimemente, la práctica de sus predecesores.

Una vez despierta la atencion de los cirujanos por los trabajos del ilustre maestro de la Escuela de Lyon, se estudió la coxalgia al punto de vista anátomo-fisiológico, y se le dió á la terapéutica quirúrgica un nuevo giro. Convinieron en que no es posible que la naturaleza por sí sola haga los gastos de la curacion, sobre todo, si los medios quirúrgicos empleados, léjos de ayudarle, contribuyen á enervarla y á consumar la ruina que la enfermedad ocasiona; casi desecharon la medicacion revulsiva en el tratamiento de la enfermedad en el período en que la estamos estudiando.

Aunque conformes con la terapéutica médico-higiénica, han modificado la práctica quirúrgica, suprimiendo el uso de esos medios violentos y dolorosos, con los que no se obtiene ventaja alguna, y que la experiencia ha juzgado ya, declarando que son mas bien perniciosos que útiles. ¿Quiere decir esto que en la actualidad domine entre los cirujanos la idea de esperar la accion curativa natural, en la que confien sin intervenir de algun modo para la curacion de los infelices coxálgicos? No, ciertamente; pues que, además de atender á la evacuacion del foco empleando medios adecuados, como la canalizacion, recurren al empleo de inyecciones iodadas, fénicas y demás, con el objeto de modificar la nutricion de los tejidos enfermos, y abreviar la marcha y curacion de la enfermedad, sirviéndose de estos medios como complemento de la terapéutica mecánica que he mencionado en la primera parte de este estudio.

A no dudarlo, esa práctica importaba de hecho un

progreso científico de gran valor, pero no realizaba el bello ideal de la curacion positiva. En efecto, con la modificacion á que aludo, no se empeora la enfermedad, y tal vez se cure en circunstancias determinadas; pero más generalmente se la ve seguir su marcha destructora, y esto porque, es preciso confesarlo, la naturaleza es impotente para resistir á las causas de destruccion que se acumulan en su contra, y que la minan, terminando por hacer perecer á los enfermos cuando el cirujano se limita á los recursos ya enunciados. Así lo enseña dolorosamente la experiencia diaria.

En estas circunstancias queda el segundo recurso que habiamos enunciado: la intervencion activa; la reseccion de los huesos enfermos y de los tejidos, que condenados á ser eliminados por un trabajo supurativo y lento, pueden ser separados por el operador con ventaja para su pobre enfermo.

Se deduce de lo expuesto, que la práctica que encarga á la naturaleza de la reparacion de la articulacion y de la curacion radical, debe ensayarse con discernimiento y sin comprometer el éxito de una terapéutica activa é inteligente, que empleada á tiempo, tiene muchas probabilidades de resultados felices. Me refiero á la reseccion de la articulacion coxo-femoral como un precioso recurso en las circunstancias indicadas.

Veamos cuáles son sus indicaciones, y en qué podemos apoyarnos para recomendarla.

Desde luego nos hacemos esta pregunta: ¿Estamos autorizados para emprender la reseccion de la articulacion coxo-femoral, como medio curativo de la coxalgia supurativa, con desórdenes osteo-articulares graves,

cuando los medios generales y locales comunmente empleados no han logrado dominar la enfermedad?

Esta cuestion ha preocupado seriamente á los cirujanos de nuestra época. Unos, con Bonnet, rehusan la reseccion por los peligros á que expone, de un modo inmediato, á los operados. Para otros, es incuestionable que se debe recurrir á un medio que dá esperanza de vida á los enfermos, condenados á muerte segura por la insuficiencia de otros recursos médico-quirúrgicos generales y locales. La experiencia ha fallado en la cuestion, dando la razon á los partidarios de la operacion. No me detendré en haceros su historia: como sabeis, no ha ocupado lugar en el cuadro de las operaciones quirúrgicas sino hasta hace pocos años. Sí os recordaré, que las estadísticas, concienzudamente hechas, dan este resultado absoluto, aceptado por todos los cirujanos: de dos operados se salva uno. Baste leer las memorias de Sedillot, Heyfelder, Vcod y otros, para convencerse de ello. Nosotros podemos corroborar lo que cirujanos europeos han escrito sobre esto, pues que de tres operaciones que en México se han practicado, se han salvado dos: en una, el éxito fué completo; pertenece á mi ilustrado comprofesor el Sr. Dr. D. Eduardo Liceaga. En la otra, el éxito fué incompleto, y el enfermo ha seguido padeciendo, aunque muchísimo ménos que ántes de ser operado: ésta, como la que fué seguida de mal resultado, me pertenecen.

Las expondrémos, aunque sea ligeramente al fin de este trabajo, deteniéndome un instante ántes, en consideraciones generales sobre las indicaciones y contraindicaciones de la reseccion.

En mi concepto, hay indicacion de resecar la articulacion coxo-femoral, siempre que la coxalgia termina por supuracion; cuando sea abundante, que no tenga tendencia á disminuir, que comience á agotar á los enfermos minando su constitucion: en suma, cuando no exista esperanza fundada de eliminar pronto los huesos necrosados.

Esta operacion no debe diferirse mucho tiempo, porque se disminuyen las probabilidades de curacion á medida que los desórdenes locales se extienden al fondo de la cavidad cotiloidea y á los huesos ilíacos y que comprometen una grande extension del fémur.

Aun en estas circunstancias la operacion suele surtir, mejorando las condiciones de los coxálgicos, si bien el éxito puede no ser completo. No existe realmente formal contraindicacion, sino en el estado general que puede ser tan manifiestamente malo, que sea casi seguro el mal éxito de la operacion. Se puede tambien temer que los desórdenes locales sean tan extensos que no sea posible remediarlos con la operacion, en cuyo caso puede estar contraindicada.

Veamos si las observaciones que exponemos apoyan el modo de ver que hemos asentado. Como no me propongo probar con ellas, sino la utilidad de la reseccion articular, no entraré en detalles que es comun y necesario estudiar cuando se presentan bajo otro punto de vista.

PRIMERA OBSERVACION.

Coxalgia supurada; abscesos osifluentes y fístulas consecutivas; reseccion de la articulacion coxo-femoral; curacion incompleta.

En los primeros dias del mes de Abril de 1869, fuí consultado por una pobre mujer para asistir á su hijo, enfermo de coxalgia hacia ya dos años. Tendria poco más ó ménos seis de edad: en su aspecto se veía la estrumosis bien acentuada, y á consecuencia de la duracion tan larga de su padecimiento, se encontraba en la mas completa demacracion.

Me referia la madre la enfermedad, atribuyéndola á un golpe, resultado de una caída del niño sobre la cadera derecha. Me pintaba en seguida la serie de sufrimientos que su hijo habia tenido, llamando mi atencion sobre la desviacion que habia observado en la region pelvi-femoral derecha, y sobre la formacion de tumores en la parte interna y superior del muslo, que al cabo de algun tiempo dieron salida á supuracion abundante y fétida. Me hacia una relacion detallada de los recursos que habia interpuesto para aliviar á su enfermo, figurando entre ellos, los revulsivos fijos, cuyas cicatrices eran aún bastante aparentes. No olvidaba hacerme notar la existencia de accesos febriles nocturnos, y de sudores colicuativos, que en su concepto, aniquilaban á su hijo y me pedia con instancia pusiera término á la desgraciada situacion del niño.

Fácil era, á primera vista, diagnosticar la enfermedad

que causaba los accidentes; se trataba de la coxalgia, y ésta debia encontrarse en su último período: pero como no fuese bastante para llenar la indicacion esta conviccion, propuse á la interesada administrar cloroformo á su enfermo con el objeto de estudiarle y de fijar, hasta donde fuese posible, la importancia y extension de los desórdenes osteo-articulares. Con este medio me persuadí satisfactoriamente de la existencia de graves desórdenes articulares sin que me fuera dado precisarlos como lo hubiera deseado. Ya sabeis cuán difícil es la perfeccion del diagnóstico en estos casos, y cómo nos acontece á cada paso, encontrarnos con lesiones anatómicas que no habiamos sospechado, ó por lo ménos no juzgábamos serian tan extensas ni tan graves. La existencia de dos fístulas, situadas, la una en el pliegue de la nalga y la otra en la parte superior é interna del triángulo de Scarpa; la abundancia del pus que de ellas escurria; la naturaleza de este líquido, y la hinchazon edematosa peri-articular, eran signos objetivos suficientes para corroborar el diagnóstico que la exploracion directa habia motivado; por ella sentimos la crepitacion huesosa característica de la desnudacion de las superficies articulares. Si á estos síntomas agregamos los que pudiéramos llamar funcionales, como las retracciones musculares con sus desviaciones del tronco, de la pélvis y del muslo, y los generales, como la fiebre persistente, con exacerbaciones nocturnas, el aniquilamiento general, y todo sostenido por largo tiempo en un niño linfático-escrofuloso, no se podia dudar del diagnóstico. Se trataba de la coxalgia en su último período. Una circunstancia llamaba vivamente la atencion; éste

infeliz marchaba con una muleta apoyándose sobre la punta del pié derecho que se encontraba en la situacion del *pié-bot* equino patológico, por la retraccion del tendon de Aquíles consecutiva á la posicion forzada de la pierna sobre el muslo; retraido á su vez en la flexion y aduccion mediana. Deciamos que nos llamaba la atencion el que este enfermito pudiera caminar, y esto porque como era natural, suponiamos que el apoyo del cuerpo sobre la articulacion debia serle doloroso: despues nos hemos explicado esta circunstancia. La situacion indicada nos hizo comprender que nada podiamos esperar del tratamiento que otras veces habiamos empleado en casos semejantes sin ventaja alguna, tanto más, cuanto que á la sazon atendiamos á otro enfermo en igualdad de circunstancias anátomo-patológicas, aunque mucho mejor colocado al punto de vista higiénico y social. En el caso de la observacion, se trataba de un infeliz, esencialmente pobre, mal alimentado, peor alojado, y rodeado de todas las condiciones que favorecen los progresos de una enfermedad y conducen indefectiblemente á la muerte.

Como decia, en esos dias tratábamos á otro enfermito, afectado casi del mismo mal; y queriendo cumplir con nuestro deber, habiamos procurado leer y estudiar los trabajos mas notables escritos por especialistas del ramo, para aprovecharnos de sus sanos consejos y hacerlos efectivos á la cabecera de nuestro enfermo. Con este motivo nos encontramos con el recurso de la reseccion de la articulacion coxo-femoral, recomendado como tratamiento de esta enfermedad en el período de supuracion.

La autoridad de los numerosos maestros que consultamos; la elocuencia de las estadísticas comparativas de los operados con la de los que habian sido abandonados á los recursos de la naturaleza en la difícil situacion que os he descrito, y por último, la conviccion íntima que habiamos adquirido de la impotencia de la naturaleza y la insuficiencia de los recursos del arte, nos decidió á proponer á la madre del enfermito la grave operacion que despues le practicamos; no sin hacerle entender que apelábamos á este recurso como una esperanza de salud, bien dudosa, y á la vez esencialmente grave por sí misma. Ya he dicho que el estado general del enfermito era miserable; lo repito porque esta condicion como sabeis, disminuye considerablemente las probabilidades de éxito, cuando se practica la reseccion.

Aceptada la operacion, me asocié á mis queridos é inteligentes amigos los Sres. Carmona Manuel, Jimenez Lauro, Clement, Fenelon y Menocal, para practicarla. Reunidos en la casa del enfermito, que entónces era el antiguo convento de San Juan, y dispuesto el arsenal quirúrgico que se usa en este caso, procedimos á operar, siguiendo el procedimiento que Sedillot recomienda, modificado segun lo exigieron las circunstancias.

No siendo suficiente para descubrir la articulacion, la incision curvilínea que practicamos á la altura del borde superior del gran trocánter, decidimos añadir una segunda incision que hacia con la primera una T. A esta última se dió la extension necesaria para facilitar la diseccion, hecho lo cual, se puso á descubierto la articulacion que encontramos casi desnuda, pues su cápsula estaba destruida en una gran extension. Cortado el res-

to del ligamento capsular luxamos la cabeza del fémur haciendo la aduccion y flexion del muslo, y pasamos bajo ella nuestra sierra de cadena para hacer la seccion del hueso á la altura de la base del gran trocánter. En este momento pudimos cerciorarnos de la importancia de los desórdenes que la enfermedad habia ocasionado en la articulacion. Desde luego habia desaparecido el ligamento redondo intra-articular, así como el cojin adiposo del fondo de la cavidad. La cáries se habia apoderado de la lámina huesosa que en el estado fisiológico separa la cara externa é interna del hueso iliaco. El periostio interno del hueso engruesado, habia impedido el paso á la supuracion hacia el interior de la pequeña pélvis. La cavidad cotiloidea desnuda, estaba reblandecida y cariada en una gran parte de su extension: en su parte anterior y superior encontramos pequeñas fongosidades.

El rebordo cotiloideo no existia en toda la parte postero-superior de la cavidad. La cabeza y el cuello del fémur manifiestamente cariados, cedieron á la accion de la sierra sin la menor resistencia, y esto, porque infiltrados de una sanies sero-sanguinolenta que exprimiamos al cortar, le quitaba al tejido huesoso la resistencia, resultando de ahí que el corte no pudo hacerse neto. Se entiende que el periostio habia desaparecido en la porcion que recubre al hueso. En suma, los desórdenes eran gravísimos, pues que despues de separar la porcion huesosa ántes dicha, encontramos que la cáries se extendia al cuerpo del hueso en su parte superior; esto nos obligó á aislarlo todo lo que nos fué posible y á quitar otra porcion por una seccion de-

bajo del pequeño trocánter, despues de cortar los músculos que en esa eminencia se insertan. Como despues de semejante mutilacion aun encontramos que el mal no se limitaba, nos detuvimos, por no creernos autorizados ni á extender la reseccion, ni mucho ménos á desarticular el miembro, vistas las circunstancias generales de nuestro operado. Nos conformamos con raspar los huesos cotiloideos para destruir su cáries y sus fongosidades, y despues de ligar las pequeñas arterias que escurrian sangre, dimos por terminada nuestra operacion colocando un tubo de canalizacion en el fondo de la enorme pérdida de sustancia, y acercando los bordes de la herida. Colocamos á nuestro operado en un aparato apropiado, prévia curacion simple, y le ordenamos estimulantes generales con el objeto de sostener las fuerzas nerviosas que, como era natural, estaban profundamente agotadas. Nos retiramos del lado del paciente profundamente convencidos de que la muerte no se haria esperar mucho tiempo. Con sorpresa vimos contrariada nuestra opinion en la tarde de ese dia, y la reaccion que la naturaleza habia verificado nos hizo concebir una remota esperanza de vida.

Al siguiente dia el estado general se habia mejorado y nada particular notamos en la region operada. Insistimos en el uso de la medicacion recomendada y no movimos el apósito.

Trascurridos los tres primeros dias, nos pareció necesario cambiar la curacion que estaba muy sucia: lo hicimos con precaucion, y á la vez lavamos el fondo de la herida, inyectando agua clorada por el tubo de

canalizacion: repusimos la curacion y ordenamos los medios acostumbrados para combatir la fiebre traumática que desde la víspera por la tarde se habia desarrollado. No seguiré paso á paso la marcha de la curacion, pues esto seria cansado: bástеme decir que un mes despues de la reseccion, se habia terminado la cicatriz de las heridas quirúrgicas, y el estado general de nuestro enfermo se habia mejorado considerablemente. El tubo de canalizacion dejaba escurrir el pus que se formaba en el fondo de la herida á resulta de la cáries que no nos fué lícito atacar.

Muchos meses despues hice conducir al Hospital á mi operado, creyendo asistirle mejor en el establecimiento, á pesar de sus malas condiciones higiénicas, pues la miseria de su pobre madre era cada vez más espantosa, y el niño carecia hasta del alimento preciso. En él ha sido estudiado por muchos de mis respetables maestros y comprofesores, en el largo período de tiempo que pasó á nuestro lado. Ultimamente le hice pasar al servicio de mi querido maestro el Sr. Dr. D. Luis Muñoz, en donde supongo habrá conseguido este infeliz la curacion radical de sus fístulas osifluentes, ya muy mejoradas á fines del año pasado, que le puse en las manos de una de nuestras glorias quirúrgicas.

Sea cual fuere el éxito definitivo de este caso, él es por su naturaleza muy elocuente y demuestra las ventajas de la reseccion á que aludimos, aun en circunstancias que parecen contraindicarla. La enseñanza que nos da la observacion anterior es inmensa: desde luego se deduce lógicamente la necesidad de intervenir á tiempo para evitar los progresos de la enfermedad.

Es bien claro, que si nos hubiera sido dado operar al enfermo algunos meses ántes, habriamos encontrado los desórdenes limitados, la mutilacion exigida habria sido mucho menor, y la curacion completa se habria obtenido; tal vez el periostio no se habria destruido y se hubiera podido conservar para la regeneracion del tejido huesoso, en tanto que el retardo de la operacion comprometió el éxito definitivo, con grave peligro para la vida del operado, cuyo estado general estaba notoriamente deteriorado.

Por último, y esta consideracion es de la más alta importancia práctica, vistos los desórdenes que la enfermedad habia ocasionado, no era posible esperar que la naturaleza se hubiera podido sobreponer, una vez que estaba profundamente agotada; deduciéndose de ahí la necesidad de ayudarla en el trabajo de eliminacion.

Queda, en mi concepto, demostrado que la reseccion no solo es una operacion útil, sino absolutamente necesaria, siempre que la enfermedad ha llegado al período de supuracion, sin que los medios racionalmente empleados puedan modificar la marcha indeclinable del padecimiento. Excusadme si no me detengo más en las reflexiones á que se presta el interesante hecho que os refiero; lo dicho basta á mi objeto, que consiste en demostrar que no debe desecharse la reseccion en los casos en que se encuentra indicada. Me parece que en el actual podemos declarar, que como operacion no pudo dar mejores resultados, quedando confirmada la utilidad de esta práctica.

SEGUNDA OBSERVACION.

Coxalgia supurada; fístulas consecutivas; reseccion y muerte del operado.

En extracto voy á daros una idea del caso que es objeto de esta observacion.

A mediados del año de 1868, fuí encargado de la asistencia del niño S. L., afectado de coxalgia supurada con fístulas y supuracion abundante. Este muchachito tenia seis años de edad y año y medio de enfermedad. Su constitucion era débil y su temperamento linfático-nervioso muy acentuado. Su enfermedad reconocia por causa determinante un esfuerzo que, á decir de su mama, se habia hecho al quitarle el calzado. Antes del desarrollo de la coxalgia habia sido sano. La enfermedad estaba tan perfectamente caracterizada, que á la simple inspeccion se podia diagnosticar: no me detendré en el cuadro sintomático, para evitar repeticiones inútiles, sí os diré, que este niño estuvo atendido en el primer período de su mal por personas entendidas en el arte, las que, desgraciadamente, no pudieron establecer un tratamiento quirúrgico adecuado por la resistencia que encontraron al empleo de medios dolorosos de parte de la familia y del niño: éste estaba consentido y mimado al grado que nunca se le hacia remedio alguno que pudiera lastimarle aun ligeramente. De suerte, que con excepcion de algunos medicamentos reparadores que se le daban sin regularidad ni método, se puede asegurar que no se le medicinaba. Cuando vino á mis manos,

hacia tiempo que estaba asistido por los homeópatas, á los que se habia entregado precisamente porque ellos le curaban sin molestarlo ni aumentar sus sufrimientos. En suma, se habia abandonado la enfermedad á los esfuerzos de la naturaleza. Como es de suponerse, la constitucion del enfermito se habia desmejorado, y la existencia de focos supurativos comunicando con el aire, mostraban la fiebre de supuracion, á lo que se agregaban dolores contínuos que el movimiento exageraba.

En esa época no me eran conocidos los métodos curativos que hoy sostengo; al contrario, imbuido de la práctica que denominaba, me parecia que á ella debia recurrir. Sin vacilar expuse á la familia el plan que me proponia emplear, haciéndole consistir en revulsivos fijos, la canalizacion de las fístulas, las inyecciones iodadas dentro del foco y la aplicacion de un aparato inmovilizador. Entónces me pareció que el que recomienda Martin, llenaba las condiciones apetecidas, lo que me decidió á emplearle.

Mi programa fué aceptado, y sucesivamente le puse en planta, comenzando por practicar la cauterizacion trascurrente segun el método ordinario. Como este medio exige el empleo del cloroformo, le administré, aprovechándome de esa circunstancia para hacer la exploracion articular, confirmándome ésta la existencia de la coxalgia huesosa supurativa. Hecha la revulsion de un modo satisfactorio, esperé algun tiempo, sin desatender el uso de la medicacion interna especial y reparadora. Cuidando de obsequiar las recomendaciones de la higiene, hice que este niño fuera al campo, y allí emprendí mi plan curativo.

Una vez establecida la supuracion y canalizados los focos, procuré mantener la revulsion en plena actividad, y cuidé de modificar el trabajo supurativo intra-articular con el uso de inyecciones iodadas. Por espacio de dos meses, poco ménos, mantuve la supuracion revulsiva sin conseguir ventaja alguna, ántes bien, de dia en dia observaba que mi enfermo se debilitaba sensiblemente. Cada vez su apetito era mas débil, y su sueño bien escaso é inseguro.

Sus dolores no disminuían, y con alguna frecuencia tenia desarreglos intestinales.

Este cuadro, me indicó de un modo claro, que no debia insistir por mas tiempo en mantener la revulsion, pues que, á lo ménos habia sido completamente inútil, dolorosa, y tal vez perjudicial.

Resolví hacer la cicatrizacion de las quemaduras, y realicé mi intento en el espacio de quince dias. Entretanto, se habia terminado la construccion del aparato de Martin y Colineau, que como os he dicho, me hacia ilusion, y del que me prometia grandes servicios.

Tan luego como la cicatrizacion se hizo sólida, procedí á la aplicacion del aparato, para lo que puse á mi en fermo en la anestesia y corregí la desviacion del miembro, recomendando á la familia, que se continuaran las inyecciones iodadas y el tratamiento médico. Desgraciadamente el enfermito no pudo soportar el aparato en la situacion en que se le habia colocado, pues segun decia, sus dolores habian crecido y multiplicado de un modo extraordinario. Esto me obligó á cambiar la situacion en que primitivamente le habia puesto, y buscando una que le fuera soportable, la encontré en la semi-

flexion, por lo que opté por ella á reserva de extender el miembro gradualmente. La situacion ántes dicha era inconveniente, porque no corregia la aduccion del miembro, de modo que el niño descansaba sobre el miembro sano, como si no tuviera el aparato.

Mucho tiempo trascurrió sin que me fuera posible enderezar el miembro, conformándome por entónces con la calma de los dolores, obtenida por el uso continuo de la mecánica.

Si en este sentido se habia obtenido alguna mejora, en compensacion nada se aventajaba, ni en el estado general, ni en la modificacion del trabajo supurativo; ántes bien el aniquilamiento y la fiebre seguian su marcha combinada.

Un año habia trascurrido, y la enfermedad léjos de mejorarse empeoraba sensiblemente. La casualidad me habia proporcionado al otro enfermito, que os he descrito en la observacion anterior, y el resultado de la reseccion me alentó para proponer á la familia el recurso que me parecia ya la última esperanza de curacion.

Mi proposicion no fué aceptada desde luego, y fué preciso que insistiera con tenacidad para que en definitiva, se consintiera en la operacion, despues de perder un tiempo preciosísimo. Entónces, el niño habia llegado al último grado de destruccion, la fiebre ya no daba tregua, y la supuracion era cada vez más abundante y más descompuesta. Solo los dolores eran soportables siempre que se mantenia el aparato. Por fin, y á pesar de las malas condiciones antedichas, resolvimos practicar la reseccion, y fijado el dia, procedí á realizarla, acompañado de mis queridos maestros, los Sres. Vértiz y Villagran y

de mis ilustrados compañeros, los Sres. Carmona, Menocal y Vértiz, hijo. Rodeado de los requisitos indispensables para llevarla á buen fin, y siguiendo el procedimiento indicado en la anterior observacion, pusimos á descubierto la articulacion, cayendo ántes de alcanzarla, en un foco purulento que encontramos bajo los músculos periarticulares. Descubierta la coyuntura, observamos que se habia soldado el trocánter con el reborde cotiloideo en una gran parte de su extension, y que la cabeza y cuello femoral se habian destruido por supuracion, que la cavidad se habia estrechado y estaba careada en su parte inferior, y que el ligamento redondo habia desaparecido, sin que el fondo huesoso intra-cotiloideo estuviera lastimado. Resecamos el gran trocánter, ruginamos la cáries de la cavidad, corregimos el escurrimiento sanguíneo, y terminamos nuestra operacion con la sutura correspondiente.

Era tan malo el estado general de este enfermito, que estuvimos á punto de perderlo durante la operacion. Lo que sucedió ántes de veinticuatro horas, con los signos precursores del agotamiento nervioso. Esto, como sabeis, es muy frecuente en los grandes traumatismos, sobre todo en los enfermos agotados por afecciones largas, dolorosas y supurativas.

Podria comentar larga é interesantemente esta observacion, pero el tiempo falta: limítome á llamar la atencion sobre ciertos puntos capitales:

1.° La inutilidad de la medicacion revulsiva en el segundo período de la enfermedad. 2.° Sus inconvenientes. 3.° La insuficiencia del aparato de Martin para corregir las desviaciones: sus ventajas para calmar los do-

lores, y para favorecer la anquílosis curativa. 4.° La necesidad de la reseccion practicada á tiempo y sus inconvenientes, cuando el estado general es muy malo.

Se deduce, pues, de las dos operaciones que me pertenecen, que una es favorable á la reseccion, y que la otra no puede servir de argumento para desecharla, pues que el enfermo muere á consecuencia del estado general en que lo encontramos y no por la operacion. Otra cualquiera de ménos importancia, habria tenido las mismas consecuencias.

Debo á la benevolencia de mi querido é ilustrado compañero y amigo, el Sr. Dr. D. Eduardo Liceaga, la siguiente:

TERCERA OBSERVACION.

"El 14 de Mayo de 1872, recibí en el hospital de Infancia una niña de cerca de cuatro años de edad, llamada Petra López. Sus padres eran de una salud excelente, y la niña la habia conservado muy bien, hasta el 2 de Febrero del mismo año, en que fué atacada de viruela grave (no habia sido vacunada.) A consecuencia de la viruela aparecieron abscesos en la region supraclavicular, en la dorsal, al nivel de las primeras vértebras, y posteriormente en la region coxo-femoral izquierda y en la rodilla del mismo lado. Los dos primeros cicatrizaron despues de la puncion; los otros dos se abrieron en las articulaciones correspondientes ó el trabajo supurativo somenzó por ellas y se extendió al exterior, pues este punto no he podido aclararlo. La artritis coxo-femoral fué combatida por dos médicos de la

ciudad: primero con los mercuriales, y despues con los revulsivos. Cuando la supuracion se abrió paso hácia fuera, dejó un trayecto fistuloso que aprovecharon para pasar un tubo de canalizacion, haciendo una contra-abertura en el punto mas declive; despues que aparecieron pequeños secuestros ampliaron una de las fístulas, y extrajeron por la incision el casco articular del fémur.

A la articulacion fémoro-tibial aplicaron el mismo tratamiento que á la otra, inclusive la canalizacion. De esta articulacion nunca extrajeron esquirlas. Tal es la relacion que he obtenido de los padres de la niña.

Estado de la enferma á su entrada.—El 14 de Mayo presentaba esta situacion: en el decúbito lateral derecho; sumamente extenuada; su semblante indicaba el sufrimiento y el temor de ser cambiada de la postura en que se encontraba; la piel pálida, caliente y seca; el pulso latia 140 veces por minuto; tenia ulceraciones en la columna vertebral, desde las primeras vértebras dorsales hasta el sacro; las de este último lugar eran profundas y anfractuosas; igualmente existian al nivel de las tuberosidades del isquion y en el gran trocánter derecho. La lengua estaba seca, habia algun apetito y tenia diarrea. Para poder estudiar convenientemente el estado de las articulaciones enfermas, que sufrian dolores agudísimos, cloroformé á la enferma. En union de los señores Muñoz (D. Luis) y Chacon pude comprobar lo siguiente: el miembro estaba en la aduccion; la flexion y la rotacion hácia adentro; acortado siete centímetros respecto del de el lado opuesto; la pierna en ligera flexion sobre el muslo; la rodilla hinchada y caliente. En la articulacion coxo-femoral habia dos aberturas fístulosas,

una al nivel del pliegue de la ingle, y otra detras del gran trocánter. A través de estas aberturas se habian puesto tubos de Chassaignac. Los quitamos y con el estilete nos cercioramos de la existencia de una necrosis de la extremidad superior del fémur; pero el resultado negativo de la exploracion de la cavidad cotiloidea, por medio de aquel instrumento, nos hizo temer que se hubiera horadado dicha cavidad. La rodilla tambien estaba atravesada por tubos de canalizacion: se sentia el abultamiento de las extremidades huesosas que contribuyen á formar esa articulacion, y la alteracion de las partes blandas que le rodean; pero no pudimos observar la desnudez de los huesos.

Abandonada la enferma á los recursos de la naturaleza, habria sucumbido infaliblemente. Emprender una operacion en esas circunstancias era aventurado; pero como dejaba alguna esperanza, me resolví á practicar la reseccion sub-perióstica de la extremidad superior del fémur, seguro de que así evitaba á aquella organizacion, tan profundamente deteriorada, el trabajo de hacer la eliminacion del secuestro, y ponia la herida en condiciones favorables á su cicatrizacion; me propuse mantener el cuerpo inmóvil en un canal de Bonnet, repartir la presion en los puntos que no estuvieran ulcerados, alimentar á la niña lo mejor que pudiera, y rodearle de las condiciones higiénicas que exigia aquel estado tan delicado.

Tomada esta resolucion, consulté con los señores ántes mencionados, y con otros muchos cirujanos: la mayor parte de ellos corroboraron mi opinion, y decidí la operacion para el 27 de Mayo.

Operacion.—Como conservaba dudas respecto del estado de la cavidad cotiloidea, me propuse hacer la primera parte de la incision, examinar directamente la cavidad por medio del dedo, y obrar conforme lo indicasen las circunstancias. Procuré seguir el procedimiento que Ollier recomienda para esta reseccion. Hice una incision que, comenzada á dos centímetros abajo de la cresta del hueso iliaco y dos centímetros atras de la espina ilíaca anterior y superior, se dirigió abajo y muy atras, hasta encontrar la parte más saliente del gran trocánter, que estaba fuera de su situacion normal por efecto de la luxacion: separé ó corté en la misma direccion las fibras del glúteo grande, y procuré desprender su insercion tendinosa; corté las fibras del mediano y del pequeño; completé la seccion de la cápsula articular, é introduje el dedo en la cavidad. Me convencí entónces de que en efecto la cavidad cotiloidea estaba borrada por las granulaciones que habian vegetado en su fondo; de que el cuello del fémur, destruido en parte, estaba interesado, lo mismo que la porcion del trocánter, que me era accesible.

Como dije ántes, me habia propuesto hacer esa primera incision; y si encontraba secuestros desprendidos ó poco adheridos, los extraia con pinzas, si no, procedia á la reseccion.

Del vértice del gran trocánter, donde concluyó la incision, hice partir otra que formaba con aquella un ángulo muy abierto y que seguia la direccion de la diáfisis del fémur hasta más abajo del trocánter. Con la sonda legra de Ollier desprendí los tendones de la cara externa del trocánter, que estaba aún en parte cartilagi-

noso; desnudé la parte superior de la base del cuello y de la cavidad digital; hice salir á través de la herida la extremidad del fémur; desprendí las inserciones tendinosas de la cara inferior de la implantacion del cuello; y exagerando la luxacion, desprendí el periosto de la diáfisis en una extension de cuatro á cinco centímetros. Encontré inflamada esta porcion del hueso, y á ese nivel hice pasar la sierra de cadena, despues de haber protegido convenientemente las partes blandas.

Pasé despues un grueso tubo de Chassaignac por la parte más baja de la herida y por la fístula posterior (previendo la posibilidad de que tuviera yo más tarde que renunciar al empaque de la herida); procuré cerrar por primera intencion la parte superior de la herida que habia practicado; llené toda la cavidad articular con algodon empapado en alcohol con ácido fénico; con una capa muy gruesa de la misma sustancia, cubrí todo el exterior de la articulacion coxo-femoral, y apliqué por encima un vendaje apropiado. Curé tambien con alcohol y algodon todas las ulceraciones de la columna vertebral. Coloqué á la niña en un aparato como los que usaba Bonnet, modificados por él mismo para las lesiones de la columna vertebral, procurando que el muslo quedara en una ligera flexion sobre el vientre y la pierna sobre el muslo. Mandé construir un cojin que dejara en hueco toda la parte del dorso en que habia ulceraciones. La rodilla la dejé con sus tubos de canalizacion. Ordené una alimentacion reparadora y una bebida ligeramente opiada.

Marcha de la enfermedad.—A los cinco dias me ví en la precision de levantar el aparato de curacion por

encontrarlo manchado por la orina y temiendo que ésta se hubiera infiltrado hasta el interior de la articulacion. No sucedió así: el algodon se habia adherido á la superficie de la herida, que tenia un color rosado excelente: el pus era de buena naturaleza, y la parte de la herida que pretendí cerrar por primera intencion, estaba ya cicatrizada. Repetí la curacion en los mismos términos que la primera vez, y seguí renovando el aparato cada vez que lo encontraba impregnado por la orina.

La cicatrizacion marchó con mucha rapidez en las ulceraciones de la espina; las del sacro curaron un poco despues; la herida de la operacion se fué estrechando más y más, hasta el grado de que al tercer mes quedaba apénas un trayecto fistuloso en el punto mas declive.

La calentura desapareció desde los primeros dias, el apetito fué en aumento; cesó la diarrea; las fuerzas y la alegría vinieron despues, y comenzó á robustecerse rápidamente.

Al cuarto mes se le permitió andar con muletas.

Los movimientos comunicados podian ejecutarse en todos sentidos; podia hacer voluntariamente los de extension y de flexion, pero limitados.

Se formó un absceso pequeño al nivel de la fístula, que ocupaba primitivamente el pliegue ínguino-crural, y se cerró algun tiempo despues; lo mismo sucedió por varias ocasiones con el que ocupaba la parte posterior del gran trocánter ántes de la operacion.

La artrítis de la rodilla se curó con la inmovilidad. Las aberturas fistulosas se fueron estrechando poco á poco, y obligando á sustituir los tubos primitivos con otros más y más delgados, hasta que se suprimieron de-

finitivamente. Se procuró hacer volver la articulacion á sus funciones normales por medio de los movimientos comunicados.

Cuando la niña dejó el hospital estaba sana y robusta; caminaba con muletas, pero el acortamiento del miembro habia disminuido notablemente. Los movimientos de flexion, de extension, de aduccion y de abducion, se ejecutaban perfectamente, pero quedaban algo limitados. Todo esto me hizo creer que se habia efectuado la regeneracion del tejido huesoso á expensas del periosto conservado, y que se habia formado una articulacion que podia suplir, aunque imperfectamente, á la normal.

Hace cuatro ó cinco meses que volví á ver á la niña con motivo de una erisipela que invadió el miembro, á consecuencia de un golpe que produjo una pequeña herida. En esa ocasion supe que podia marchar sin muletas, y que su salud se conservaba inalterable."

Tal es la observacion que me ha comunicado el Sr. Liceaga; salta á los ojos su palpitante interes y comprueba una vez más las ventajas de la reseccion de la articulacion coxo-femoral, cuya benéfica influencia no se puede ocultar á los prácticos que comprendan la utilidad de abreviar la eliminacion de los secuestros intra-articulares; sobre todo cuando no es dable esperarla de los esfuerzos naturales sin comprometer la vida de los enfermos.

Espero haber demostrado la necesidad y la utilidad de la reseccion en el período supurativo de la enfermedad; y me atrevo á confiar en que para lo sucesi-

vo cesarán las vacilaciones que hemos tenido, con respecto á la conducta que debiamos observar, cuando necesitábamos satisfacer las indicaciones de la coxalgia supurada.

Nuestra pequeña estadística es muy elocuente: se reasume así: *De tres operados* en pésimas condiciones, *dos éxitos y un muerto.* Natural es suponer que eligiendo los casos mejorará considerablemente, atendida nuestra teluria quirúrgica, esencialmente benigna, y en vista de los progresos verificados diariamente en la curacion de las heridas articulares.

No quiero terminar este escrito sin insistir en lo que decia al principio de él: No me propuse más objeto que llamar la atencion de los cirujanos mexicanos sobre algunos puntos de notoria utilidad práctica, y provocar la sancion de los estudios emprendidos y realizados en nuestro tiempo, sobre los nuevos métodos quirúrgicos que están en boga en el mundo científico para la curacion de la coxalgia. Estoy léjos de creer que he llenado mi cometido: me sentiré feliz si el ilustrado cuerpo de mis estimados compañeros encuentra digna de su atencion esta insignificante Memoria.

CONCLUSIONES.

1.ª La coxalgia en su primer período se cura, ó á lo ménos se mejora de un modo notable con el uso de aparatos mecánicos que inmovilicen el miembro enfermo, y permitan su extension continua.

2.ª En nuestro concepto, debe darse la preferencia para llenar esta indicacion, al aparato inventado por el Dr. Hennequin.

3.ª La curacion de la coxalgia supurada no puede obtenerse por el empleo exclusivo de la medicacion revulsiva.

4.ª Esta medicacion es, en regla general, más perjudicial que útil, y si surte alguna vez, es en los casos de falsa coxalgia.

5.ª Cuando la enfermedad termina por la caries ó necrosis de los huesos y destruye los medios de union articulares, no queda mas recurso que resecar la articulacion coxo-femoral.

6.ª Los casos observados en México son favorables á esta práctica, y comprueban las estadísticas europeas.

7.ª El tratamiento quirúrgico, por sí solo, nunca cura la enfermedad: ella debe ser dominada por la medicacion interna especial, en relacion con la naturaleza de la discrasia que la determina.

8.ª Es incontestable la benéfica infiuencia de la higiene en la curacion de la coxalgia.

9.ª y última. El cirujano no debe retroceder en la aplicacion de un tratamiento que pudiera ser peligroso, y aun compremeter su reputacion, siempre qne la indicacion de emplearle sea clara y justificada.

R. Lavista.

